Hôpital Louis-H. Lafontaine

Effets immédiats d'une éducation au traitement neuroleptique sur le fonctionnement social et la symptomatologie de jeunes psychotiques

Rapport de recherche

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
JUIL 19 1990
NO:

Lalonde Pierre, M.D.
Lavoie Germain, Ph.D
Jodoin François, B.Sc.

Mars 1990

PLAN

I. Position du problème 4

A. Contexte théorique 5
1) Une approche multifactorielle de la schizophrénie 5
2) Pharmacothérapie et symptômes positifs 8
3) Entraînement aux habiletés sociales et symptômes négatifs 9
4) Observance médicamenteuse chez les patients psychotiques 10
B. Module d'éducation au traitement neuroleptique 12
C. Hypothèses de recherche 14

II. Méthodologie 15

A. Sujets 15
B. Matériel 16
C. Instruments de mesure de la recherche 16
1) Échelle de fonctionnement social 16
2) Échelle de susceptibilité hypnotique 18
3) Échelle d'évaluation psychiatrique brève 19
4) Évaluation des connaissances sur la schizophrénie 19
5) Évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique 20
D. Déroulement de l'expérience 20
E. Équivalence des groupes expérimental et contrôle 22

III. Résultats 24

A. Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur les connaissances des patients 24
B. Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur la symtomatologie psychiatrique et sur le fonctionnement social 25
C. Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur la dose de neuroleptique requise 27
D. Paramètres de l'hypnotisabilité 30

IV. Discussion 33

A. Effets du module d'éducation sur les variables dépendantes 33
B. Hypnotisabilité, fonctionnement social et symptomatologie psychiatrique 36
C. Relations entre l'hypnotisabilité et la symptomatologie psychiatrique 38

V. Conclusion 40

VI. Bibliographie 41

VI. Annexes

Cette recherche a bénéficié d'une subvention du
Conseil Québecois de la Recherche Sociale (N° RS-1414)

ISBN 2-550-21002-6

Remerciements à:
Jean Goulet, M.D. qui a fait passer les BPRS et les SAS-II
Linda Grandmont, M.Ps qui a fait passer les SHSS:A
Robert Élie, M.D. conseiller en analyses statistiques

I. POSITION DU PROBLÈME

Le problème de l'observance médicamenteuse (*compliance*) s'est aggravé au cours des dernières années, suite à la désinstitutionnalisation et à l'accroissement des brefs séjours en psychiatrie. Souvent les patients psychotiques recevant leur congé de l'hôpital ne savent pas comment prendre adéquatement et d'une façon continue leur médication. Ils ne connaissent pas ou ne comprennent pas toujours le rationnel sous-jacent à la prise de neuroleptiques. Ainsi, ils suivent plus ou moins bien leur régime thérapeutique, s'exposant davantage à l'éventualité d'une rechute, et devenant de bons candidats au "syndrome de la porte tournante" (Dorvil, 1987). D'où la nécessité d'accroître les services répondant aux besoins de ce nouveau type de clientèle, dont la plus longue période de traitement devrait être offerte en externe (post-cure).

Dans le but d'accroître l'observance de la prescription de médicament par les patients souffrant de psychose, Liberman et Wallace (1985) ont créé un "module d'éducation au traitement neuroleptique" (*Medication Management Module*) qui vise à augmenter les connaissances, l'initiative, et la maîtrise du patient sur son lien nécessaire aux neuroleptiques. Bien que ce module ait un effet significatif démontré sur la régulation de la prise de médicament, il est possible que les effets bénéfiques qui en découlent, et qu'on attribuent à une meilleure observance médicamenteuse,soient aussi dus, en partie, à une amélioration des habiletés sociales engendrée par la pratique en groupe du module d'éducation. Le but de cette recherche est donc de vérifier si le module d'éducation au traitement neuroleptique a un effet sur le fonctionnement social de jeunes adultes atteint de psychose.

A. CONTEXTE THÉORIQUE

1) Une approche multifactorielle de la schizophrénie

La schizophrénie est l'une des psychopathologies les plus complexes. Les études cliniques démontrent de plus en plus l'aspect multifactoriel de cette pathologie (Lalonde, 1988; Liberman, 1985a; Wing, 1978). En effet, le modèle "vulnérabilité - stress" attribue à l'interaction de variables biologiques, comportementales et environnementales, l'apparition, le développement et la rémission éventuelle de la schizophrénie (Zubin, 1988; Nuechterlein et Dawson, 1984; Wallace, 1984; Zubin et Spring, 1977). Selon ce modèle explicatif, les symptômes schizophréniques peuvent être causés par des changements à différents niveaux:

1° présence d'une vulnérabilité biopsychologique démontrée par l'accumulation des recherches sur les facteurs génétiques, biochimiques ainsi que les données dérivant de l'imagerie cérébrale au plan fonctionnel et anatomique. Le schizophrène manifeste alors une plus grande sensibilité aux stimuli environnementaux et une difficulté à organiser l'ensemble des informations disponibles;

2° cette maladie entraîne une incapacité de la personne par perte d'habiletés sociales adéquates pour composer avec les événements de la vie quotidienne. L'absence d'un soutien social, tant de la part des thérapeutes que de la famille et des ami(e)s, entraîne une détérioration du fonctionnement de la personne par manque d'entraînement et de renforcements sociaux nécessaires pour affronter les problèmes quotidiens.

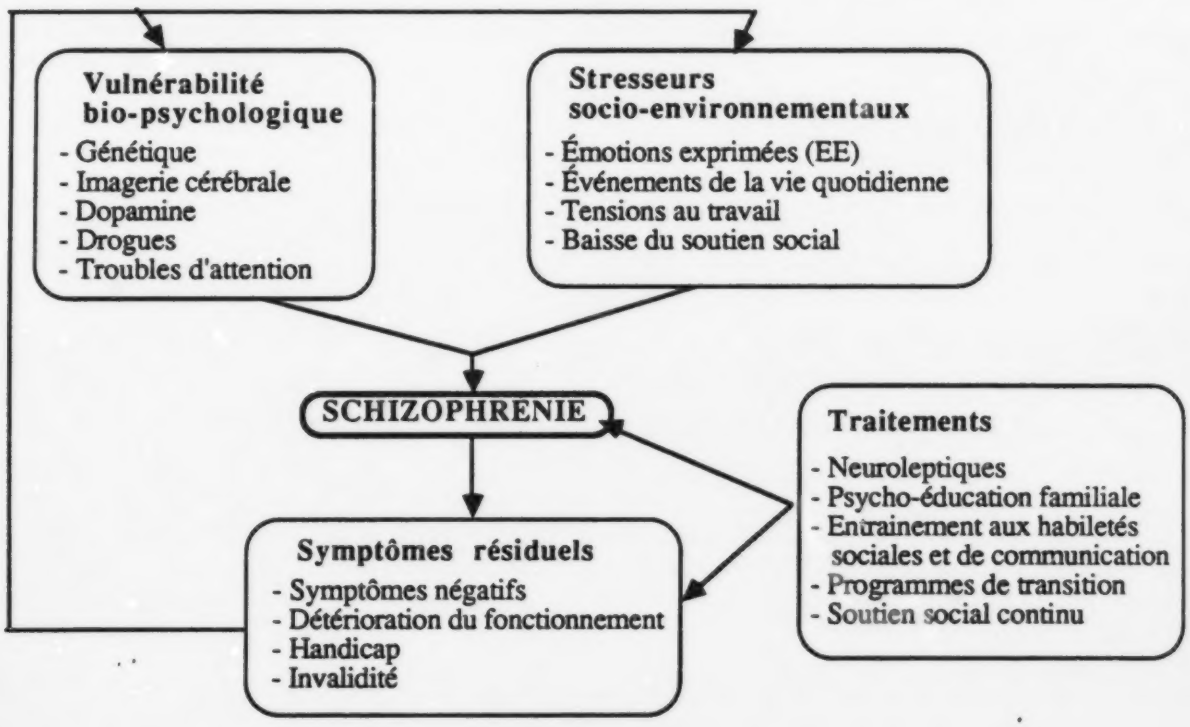
Ainsi ce modèle met l'accent d'un côté sur l'importance de contrôler la vulnérabilité biopsychologique du patient par une médication appropriée. De l'autre côté, il prône le développement d'habiletés sociales et de la capacité de résolution de problèmes afin d'aider le patient à mieux composer avec la réalité.

Selon Liberman (1985a), l'intervention psychosociale auprès d'une personne schizophrène commence par l'évaluation de ses habiletés interpersonnelles puis de son réseau social comme sources de stress et de soutien, tout en assurant une réduction de sa vulnérabilité biopsychologique par la prescription de neuroleptiques.

L'hypothèse vulnérabilité - stress qui s'appuie sur la synthèse d'une variété de recherches, constitue la théorie prévalente d'explication contemporaine de la schizophrénie. La figure 1 permet de saisir comment ces éléments interagissent pour provoquer l'apparition de la schizophrénie et aussi où situer l'action des traitements maintenant disponibles.

Figure 1

Modèle vulnérabilité - stress de la schizophrénie



a) Vulnérabilité biopsychologique

1° Un grand nombre d'études génétiques montrent que le risque de développer la schizophrénie est de:

1 sur 100, dans la population générale.

1 sur 10, si un membre de la famille souffre de schizophrénie.

1 sur 3, si les deux parents souffrent de schizophrénie.

On a d'ailleurs pu identifier un gène, situé sur le chromosome 5, qui transmettrait la maladie dans certains groupes de schizophrènes. La recherche génétique devrait amener rapidement de nouveaux développements.

2° Imagerie cérébrale: Les nouveaux scanners permettent maintenant de photographier le cerveau vivant en action. Des découvertes importantes permettent de mieux situer les déficits cognitifs de la schizophrénie. Les zones du langage ne s'étant pas suffisamment développées au cours de la croissance, on voit des images de dilatation des ventricules cérébraux. Les lobes frontaux fonctionnent au ralenti (hypofrontalité) dans la schizophrénie; et c'est dans les lobes frontaux que sont situées certaines habiletés raffinées de la socialisation humaine, de même que les fonctions d'anticipation.

3° Trouble de la dopamine: C'est en agissant sur ce neurotransmetteur que les neuroleptiques produisent leur effet antipsychotique. Par ailleurs les drogues illégales produisent justement leurs effets hallucinogènes en stimulant la dopamine.

4° Trouble de l'attention et de la concentration: Plusieurs études ont montré des troubles spécifiques de l'attention dans la schizophrénie.

b) Stresseurs socio-environnementaux

1° Les recherches sur les Émotions Exprimées (EE), amorcées en Angleterre, ont montré que les attitudes hostiles, les critiques et la surimplication émotive créent un contexte affectif intense qui provoque plus de

rechutes schizophréniques. On a ainsi pu démontrer que les schizophrènes évoluent mieux dans un milieu faiblement émotif.

2° Même les événements ordinaires de la vie quotidienne provoquent des stress qui, s'ils s'accumulent, entraînent des décompensations. On sait maintenant que les schizophrènes vivent mieux dans des milieux où le type de stimulation n'est pas générateurs de stress.

3° Les tensions au travail, les pressions à la performance pour un travailleur, l'approche des examens pour un étudiant sont des situations plus difficiles à supporter pour un schizophrène.

4° Devant la variété de tâches à faire pour survivre dans notre monde moderne accéléré, le schizophrène risque fort de se trouver dépourvu si le soutien social fait défaut.

2) Pharmacothérapie et symptômes positifs

Les études portant sur les bases génétiques et biochimiques arrivent de mieux en mieux à dresser un portrait de l'héritabilité de la schizophrénie (Jones B, 1988; Kety et Matthysse, 1988; Kringlen, 1986). Plusieurs recherches démontrent qu'on retrouve souvent dans cette population une dysfonction du traitement de l'information qui parait liée à des difficultés de concentration et de vigilance, et une surexcitation physiologique aux stimuli environnementaux. Tout cela témoigne de déficiences de fonctionnement du système nerveux central (Dawson et Nuechterlein, 1984; Sidoun et Lalonde, 1988). Ainsi ces personnes auraient un seuil de tolérance plus bas aux différents stress environnementaux. La vulnérabilité biopsychologique amènerait l'expression de symptômes psychotiques quand des événements stresseurs ou des tensions dans la famille ou au travail dépassent les habiletés sociales de la personne (Bellack, 1986).

La prescription de neuroleptiques aide à contrer les symptômes positifs de la maladie (ex.: hallucination, délire, agitation et discours incohérent). Ainsi la

prise de médication est un facteur protecteur contre la vulnérabilité biopsychologique en augmentant le seuil de tolérance face aux différents stress environnementaux (Leff *et al.*, 1973; Davis, 1975; Davis *et al.*; Vaughn et Leff, 1976a). Toutefois, les traitements pharmacologiques actuels ont des limites. Premièrement, ils ont peu d'influence sur l'atténuation des symptômes négatifs comme le retrait social, l'apathie, l'anhédonie (Andreasen, 1982, 1985; Carpenter *et al*, 1985; Schooler et Spohn, 1982). Deuxièmement, les neuroleptiques n'empêchent pas complètement les rechutes lorsqu'ils sont employés comme seul traitement. L'étude de Hogarty *et al.* (1979) démontre un taux de rechute de 25% à 30%, un an après avoir quitté l'hôpital et jusqu'à 50% deux ans après avoir quitté l'hôpital. Selon Gardos et Cole (1976), 50% des schizophrènes manifestent suffisamment de symptômes pour nécessiter une réhospitalisation, malgré la prise de médication. Finalement, Liberman (1985a) démontre que même avec une prise adéquate de neuroleptiques, 30% à 40% des patients schizophrènes font une rechute à l'intérieur d'un an.

Ainsi la pharmacologie seule supprime les symptômes les plus sévères, mais il faut encore enseigner au patient des façons plus adéquates de gérer le stress ou d'interagir efficacement avec son entourage (Carpenter, 1986). Les neuroleptiques jouent un rôle essentiel dans le traitement de la schizophrénie mais ils ne sont pas suffisants par eux-mêmes (Davis *et al.*, 1976).

3) Entraînement aux habiletés sociales et symptômes négatifs

La schizophrénie entraîne un fonctionnement inadéquat comme handicap habituel. Plusieurs études démontrent l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales comme moyen d'enseigner aux patients à mieux communiquer et interagir avec les autres, pour améliorer ainsi leur qualité de vie (Kelly et Lamparski, 1985; Morrison et Bellack, 1984). De nombreux modules ont été développés afin d'aider à améliorer les compétences des patients dans différentes sphères d'activités comme l'hygiène personnelle, la recherche d'un emploi. La plupart de ces modules s'inspirent des théories de l'apprentissage humain (ex.: résolution de problèmes, jeux de rôles).

Des constantes émergent des études de réhabilitation (Liberman, 1985a; Wallace et Liberman, 1985):

1° le sujet peut apprendre à améliorer ses habiletés sociales dans des situations spécifiques;

2° il y a possibilité d'une certaine généralisation des habiletés acquises à d'autres situations similaires;

3° le sujet rapporte une diminution de son anxiété sociale après avoir suivi un tel module.

Ainsi ces différents modules peuvent aider à amoindrir les symptômes négatifs des schizophrènes. Toutefois, Liberman (1985a) rapporte certaines contraintes méthodologiques limitant la généralisation des résultats obtenus (validité externe):

1° le manque d'homogénéité des groupes utilisés dans certaines études;
2° peu d'études évaluent la généralisation des habiletés apprises quand le patient se retrouve en milieu naturel;
3° plusieurs études sont faites selon un plan expérimental à cas unique.

Ainsi il y a encore place à l'amélioration pour ces différentes interventions psychosociales.

D'autre part, plusieurs études montrent qu'une combinaison de la pharmacologie et de l'entraînement aux habiletés sociales tend à maximiser l'amélioration thérapeutique auprès d'une clientèle psychotique (Birley et Brown, 1970; Vaughn et Leff, 1976a). Des études démontrent qu'une dose adéquate de neuroleptique combinée avec une approche psychosociale apporte une plus grande amélioration du fonctionnement social du patient que l'application séparée de l'une ou l'autre approche (Falloon et Liberman, 1983).

4) Observance médicamenteuse chez les patients psychotiques

La prise adéquate et continue des neuroleptiques chez une clientèle psychotique, suite à leur congé de l'hôpital, est un objectif difficile à atteindre.

Selon Kessler et Waletzky (1981), 40% à 70% des patients ne se conforment pas aux directives médicales. L'observance médicamenteuse tend à décroître avec le temps. Plusieurs motifs font que le patient n'observe pas son régime thérapeutique: il oublie sa médication, il ne respecte pas la fréquence, il ne se présente pas aux rendez-vous avec son psychiatre, etc. Le taux de rechute de tels patients est de trois à quatre fois plus élevé que celui des patients qui prennent leur médication (Johnson, 1985). Plusieurs facteurs peuvent amener la personne, après son départ de l'hôpital, à ne pas suivre les recommandations médicales (Kane, 1985a). Certains patients peuvent arrêter leur médication lorsqu'ils sont en rémission et rechuter quelques semaines, voire des mois après l'arrêt de la prise de neuroleptiques. Chez d'autres patients, une réapparition des symptômes psychotiques peut précéder et même amener l'arrêt complet du traitement neuroleptique. La nature de la psychopathologie peut amener la personne à nier toute maladie, ou à voir la prise de neuroleptiques comme un signe d'échec et de manque de contrôle sur sa vie.

Toutefois, l'une des raisons majeures des interruptions de traitement, selon Kane (1985b), semble résider dans les effets secondaires accompagnant une prise prolongée de neuroleptiques (ex.: akathisie, akinésie, dyskinésie). Selon cet auteur, le psychiatre peut avoir tendance quelquefois à minimiser les plaintes du patient concernant la prise de médication. Dans d'autres cas, le patient ne saura pas comment communiquer efficacement ses demandes, ses observations. Cela peut amener le malade à interrompre lui-même sa médication, alors qu'un changement de dosage ou de neuroleptique, ou encore l'administration d'une dose adéquate d'un antiparkinsonien, pourrait l'aider à amoindrir les effets secondaires. A cet effet, de nouvelles techniques sont développées (ex.: médication intermittente, prescription d'une dose minimale de neuroleptique, etc.) afin de contrecarrer le plus possible les effets secondaires accompagnant la prise d'antipsychotiques (Carpenter et Heinrichs, 1983; Kane, 1983).

Ces études montrent qu'un entraînement spécifique peut aider à augmenter l'observance médicamenteuse chez des personnes souffrant de schizophrénie en améliorant leur connaissance de leur maladie ainsi que de la médication qui leur est prescrite.

B) MODULE D'ÉDUCATION AU TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE (*Medication Management Module*)

Plusieurs recherches se développent sur l'utilisation des techniques behaviorales afin d'améliorer la qualité de l'observance médicamenteuse chez les patients psychiatriques (Epstein et Cluss, 1982). Boczkowski *et al.* (1985) démontrent qu'une session d'entraînement behavioral peut augmenter significativement l'observance médicamenteuse sur une période de plus de trois mois. Liberman *et al.* (1985b) ont développé un module illustrant comment les techniques behaviorales peuvent être utilisées afin d'améliorer la coopération du patient et le rendre plus actif dans le processus thérapeutique (Lelord, 1988). Le module est offert à un groupe de six à huit personnes sous forme de séances de 1 à 3 heures/semaine s'échelonnant sur trois à quatre mois, où les patients doivent développer des habiletés sociales dans quatre secteurs spécifiques:

1° obtenir des informations au sujet des neuroleptiques;
2° connaître la façon adéquate de prendre sa médication et d'en évaluer les effets bénéfiques;
3° identifier les effets secondaires de ses médicaments;
4° négocier la prise de ses médicaments avec les professionnels de la santé.

Chaque comportement s'acquiert à travers sept activités d'apprentissage (ex.: jeux de rôles, exercices *in vivo, modeling*, etc.) grâce auxquelles le patient apprend à mieux connaître et à utiliser adéquatement ses neuroleptiques. On espère ainsi pouvoir augmenter la confiance en soi, le sentiment de contrôle et la coopération du patient au traitement.

Comme il a été démontré, les interventions psychosociales peuvent augmenter la qualité de l'observance médicamenteuse (Falloon et Liberman, 1983). L'amélioration des habiletés sociales du patient et le soutien social qui lui est apporté peuvent avoir un effet synergique avec la pharmacothérapie, et mener à une calibration optimale des doses requises. De l'autre côté, la pharmacothérapie permet la stabilisation de symptômes sévères, favorisant ainsi une intervention psychosociale efficace (Liberman et Evans, 1985c). Notre

étude vise à évaluer l'effet sur une clientèle québécoise d'un module développé aux États-Unis, visant à améliorer les connaissances des patients psychotiques sur leur maladie et son traitement. [La bande vidéo relative à ce module et les cahiers d'accompagnement de ce module ont été traduits par Lalonde P., Cormier H. et Guimond G.]

Ce module a déjà fait l'objet d'une étude sur le terrain par ses instigateurs. Cette étude regroupait mille patients vus depuis 1982 aux États-Unis. On observa chez les sujets ayant participé au module, et comparativement au niveau de base établi, une amélioration de 37% dans l'identification des effets secondaires des neuroleptique, et de 65% dans l'apprentissage d'une prise adéquate de sa médication. Un suivi de trois mois indiqua une perte d'apprentissage de 9%. Ces évaluations étaient faites deux à neuf semaines après la fin du module et se basaient sur une cotation de la performance des sujets au cours de jeux de rôles (Wallace *et al.*, 1985). Ainsi notre étude s'inscrit dans un processus de validation de ce module américain traduit en français et appliqué à une population francophone.

Si l'effet du module sur les connaissances et la prise adéquate de la médication est bien démontrée, son effet possible sur le fonctionnement social reste à explorer. Quand on regarde les quatre volets d'apprentissage du module, on se rend compte qu'ils stimulent chez le patient, l'initiative dans la communication et l'affirmation de soi. Le but est en effet de rendre le patient capable de "négocier" la prise de ses médicaments avec le psychiatre. Ce module comporte en outre un enseignement formel entouré d'échanges sur la nature de la schizophrénie et son traitement.

Il est donc possible que les effets thérapeutiques favorables déjà observés suite à l'application du module ne soient pas exclusivement reliés à l'impact démontré du module sur la prise de médication, mais aussi à l'impact du module sur les habiletés sociales elles-mêmes. Pour vérifier cette hypothèse, il est nécessaire de standardiser la procédure de prise de médication, de façon à pouvoir examiner l'effet du module sur les habiletés sociales. A cette fin, dans la présente étude, la quantité de neuroleptique requise par leur état, sera administrée à tous les patients volontaires par injection intramusculaire, en

fonction du tableau clinique qu'ils présentent. Cette procédure offre l'avantage de maximiser l'observance et de réduire les variations intra-sujets à cet égard; et elle permet d'étudier l'impact du module sur les habiletés sociales dans une condition de traitement pharmacologique aussi standard que possible.

C. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Le but premier de cette étude est donc de vérifier l'hypothèse voulant que le module d'éducation au traitement neuroleptique ait un effet positif sur le fonctionnement social de jeunes adultes souffrant de psychose. Les sujets soumis au module d'éducation au traitement neuroleptique (groupe expérimental) obtiendront, à la fin de l'étude, des résultats plus élevés à l'échelle de fonctionnement social que des sujets comparables non soumis à un tel module (groupe contrôle). De même la symptomatologie psychiatrique devrait s'atténuer davantage dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Enfin les connaissances concernant la schizophrénie et le traitement neuroleptique devraient s'améliorer chez les sujets expérimentaux, davantage que chez les sujets contrôles.

Un deuxième objectif de l'étude consiste à contrevalider des résultats antérieurs de recherche (Lavoie, 1988) montrant que chez les psychotiques, l'hypnotisabilité (ou capacité d'être hypnotisé) - une aptitude stable qui varie entre les sujets - est négativement reliée au trouble formel de la pensée et constitue donc un indicateur favorable sur le plan clinique.

Un troisième but de l'étude réside dans sa contribution à la validité de construit de ce module américain traduit en français et appliqué à un échantillon francophone. La clinique jeunes adultes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine est l'un des 28 centres sélectionnés pour mettre ce module à l'épreuve.

II. MÉTHODOLOGIE

L'étude s'est effectuée auprès de patients participant au "Programme de traitement et de réadaptation de jeunes adultes psychotiques" de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Le programme incluait un ensemble de services diversifiés de nature bio-psycho-sociale, dont le patient bénéficiait suivant un plan d'intervention individualisé dans un cadre psycho-éducatif.

A. Sujets

L'échantillon était constitué de 20 sujets sélectionnés initialement pour participer au programme jeunes adultes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine selon les critères suivants:

Critères d'inclusion:

1° début de la maladie ou première admission en psychiatrie adulte
2° diagnostic posé selon les critères du DSM-III suite à une entrevue clinique avec un psychiatre: - trouble schizophréniforme
- schizophrénie
- schizophrénie schizo-affective
3° la famille du patient demeure impliquée
4° le patient est âgé de 18 à 30 ans
5° le patient et sa famille parlent français.

Critères d'exclusion:

1° patient vivant seul sans liens familiaux ni sociaux
2° criminalité ou gestes agressifs non attribuables à la psychose
3° trouble de personnalité sévère (ex.: anti-sociale, borderline)
4° déficience mentale
5° maladie organique cérébrale (ex.: épilepsie)
6° malade ayant des responsabilités parentales.

B. Matériel

La réalisation de l'expérience a nécessité

- un téléviseur, un magnétoscope
- la vidéocassette intitulée "Etre responsable de sa médication neuroleptique" réalisée par Lalonde P. et Quenneville Y.,
- le manuel du thérapeute, le cahier du participant produit par Cormier H. et Guimond G. (il s'agit de la traduction du module *Medication Management Module*, Liberman *et al.*)

et les questionnaires suivants décrits dans la section C ci-dessous:

- l'échelle de fonctionnement social [SAS-II], (Schooler *et al.*, traduction Vincelette F.)

- l'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford [SHSS:A], (Weitzenhoffer et Hilgard, traduction Sabourin M.)

- l'échelle d'évaluation psychiatrique brève [BPRS], (Overhall et Gorham, traduction Vincelette F.)

- l'évaluation des connaissances sur la schizophrénie (Falloon *et al.*, traduction Lalonde P.)

- l'évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique (Liberman et Wallace, traduction Cormier H.)

C. Instruments de mesure de la recherche

1) Échelle de fonctionnement social

Social Adjustment Scale (SAS II), traduction: Vincelette F., 1985

L'échelle de fonctionnement social (Schooler *et al.*, 1979) a été construite pour usage auprès des populations schizophrènes et reflète les situations de vie particulières de ces sujets. L'échelle est complétée par un interviewer entraîné,

au cours d'une entrevue semi-structurée de 90 minutes. L'instrument comprend 52 items qui évaluent la performance comportementale ou affective du sujet au cours des deux derniers mois. Chaque item est évalué sur une échelle en cinq points où le résultat le plus élevé traduit le malfonctionnement le plus marqué; cinq évaluations du fonctionnement général du sujet sont complétées par l'interviewer à la fin de l'entrevue. Le travail, la vie à la maison, la famille élargie, les loisirs sociaux et le bien-être personnel sont ainsi explorés:

section I: Travail (lignes 1 à 14)
section II: Vie à la maison
a) personnes significatives (lignes 15 à 20)
b) ajustement sexuel conjugal (lignes 21 à 24)
c) rôle de parent (lignes 25 à 28)
d) membres de la maison (lignes 29 à 31)
section III: Famille élargie (lignes 32 à 36)
section IV: Loisirs sociaux
a) activités récréatives (ligne 37)
b) relations sociales (lignes 38 à 40)
c) ami(e)s (lignes 42 à 45)
d) implication sentimentale (lignes 46 à 48)
e) ajustement sexuel non conjugal (lignes 49 à 52)
section V: Bien-être personnel (lignes 53 à 56)

Nous avons choisi ce questionnaire à cause de l'appréciation globale qu'il fournit sur le fonctionnement social des sujets. Selon Wallace (1986), l'avantage premier de ce test est qu'il apporte des informations pertinentes au développement d'un module de réadaptation. Vincelette (1986) utilise ce questionnaire dans son étude et obtient des résultats permettant de discriminer d'une façon significative les sujets selon leur fonctionnement social. Le SAS-II et ses variantes (SAS-I, SAS-SR) ont fait l'objet d'études psychométriques démontrant leur qualité métrologique (Edwards *et al.*, 1978; Glazer *et al.*, 1980; Klerman *et al.*, 1974; Prusoff *et al.*, 1980; Weissman et Paykel, 1974). Le SAS-II est administré en pré-test et en post-test..

2) Échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford: forme A
Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A (SHSS:A), traduction: Sabourin M., 1969

L'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford (Weitzenhoffer et Hilgard, 1959) est une échelle psychométrique fidèle et valide (Evans, 1968; Hilgard, 1965) qui consiste en une induction hypnotique suivie d'un ensemble d'exercices (ex.: fermeture des doigts, abaissement de la main gauche, etc.) servant à évaluer le degré d'hypnotisabilité d'un sujet. On peut ainsi classer les personnes sur une échelle de 0 à 12 selon leur susceptibilité hypnotique. Certaines études démontrent que la susceptibilité hypnotique est inversement proportionnelle à la gravité des troubles de la pensée chez le patient schizophrène (Lavoie *et al.* , 1976; Obstoj et Sheehan, 1983; Spiegel *et al.*, 1982; Spiegel et Fink, 1979). D'autres études montrent sa valeur de prédiction en terme d'amélioration thérapeutique chez les patients schizophrènes (Lavoie *et al.*, 1985; Pettinati, 1982) et en thérapie brève (Nace *et al* 1982). Ainsi le sujet hypnotisable serait plus susceptible d'amélioration suite à une intervention thérapeutique. Selon Lavoie (1988) les schizophrènes présentant une susceptibilité hypnotique élevée témoignent de fonctions du Moi (attention, mémoire, perception, etc.) moins perturbées et d'une meilleure maîtrise du Moi sur les processus primaires.

La version française du SHSS:A a donné lieu à de nombreuses recherches au Département de Psychologie de l'Université de Montréal et paraît se comporter comme la version anglaise standardisée. Cette variable est incluse dans la présente étude, dans la mesure où elle a déjà permis de prédire l'évolution de groupes de schizophrènes en cours de traitement (Lavoie *et al.*, 1987; Michaud *et al.*, 1987).

L'échelle de Stanford est administrée en pré-test.

3) Échelle d'évaluation psychiatrique brève

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), traduction: Vincelette F., 1985

L'échelle d'évaluation psychiatrique brève (Overall et Gorham, 1962) est utilisée pour déterminer la condition clinique actuelle d'un sujet. L'échelle du BPRS est complétée par un psychiatre expérimenté au cours d'une entrevue semi-structurée d'une durée approximative de 30 minutes. L'instrument comprend 22 symptômes cliniques (version: schizophrénie) évalués à l'aide d'une échelle de Likert en sept points allant de 0= absent à 6= très accusé ou très fréquent. L'échelle BPRS est administrée en pré-test et en post-test.

4) Évaluation des connaissances sur la schizophrénie

Schizophrenia Knowledge Questionnaire (Falloon *et al.*, 1982), traduction: Lalonde P., 1985

L'instrument d'évaluation des connaissances sur la schizophrénie (Falloon *et al.*, 1982) est utilisé afin de comparer les connaissances des sujets sur la maladie mentale dont ils souffrent. L'instrument se divise en deux parties à compléter par le patient: la première partie concerne le nom de la maladie, sa cause, ses traitements et la médication prescrite. La seconde partie, à choix multiples, concerne les symptômes, les effets de la maladie et les rechutes. Le questionnaire se complète en 20 minutes. Selon McGill *et al.*,(1983), ce questionnaire est grandement utile afin d'évaluer les connaissances acquises de patients schizophrènes participant à un groupe d'éducation. Blackwell (1979) affirme que possiblement les $^2/_3$ de la non observance des traitements seraient dûs à une mauvaise compréhension de la maladie de la part des patients. Ainsi lorsque les patients sont mieux informés au sujet de leur maladie, l'observance de leurs traitements augmente sensiblement (Linden et Chaskel, 1981). Les connaissances sur la schizophrénie sont évaluées en pré-test et en post-test.

5) Évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique (Liberman et Wallace, 1985)(traduction: Cormier H.)

L'instrument d'évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique consiste en 20 questions de type vrai/faux portant sur l'ensemble de la matière couverte par le module d'éducation au traitement neuroleptique (ex.: connaissances sur les neuroleptiques, les effets secondaires, les modes d'administration, etc...). Il est utilisé en pré-test et post-test.

D. Déroulement de l'expérience:

1° Sélection des patients

Au départ, une liste de trente (30) patients admissibles à l'étude selon les critères pré-cités a été soumise à l'équipe multidisciplinaire du Programme jeunes adultes pour fin d'approbation. Nous retenions la candidature d'un sujet si tous les intervenants étaient d'accord pour sa participation à l'étude. Le choix était fondé sur l'évaluation de la maladie du sujet. Ainsi, on avait tendance à exclure les patients trop symptomatiques ou ceux dont la stabilité de la rémission était encore trop fragile. Comme tous les patients du Programme jeunes adultes ont un plan de traitement individualisé et graduel, on voulait éviter que le stress induit par la passation de ce module interfère avec le plan de réadaptation.

Vingt (20) sujets ont été sélectionnés pour une participation éventuelle à l'expérience. Un expérimentateur rencontra chaque sujet afin de l'informer sur la nature de la recherche (voir "formule de consentement" en annexe). Il est à remarquer que les patients étaient libres de participer ou non à l'étude. Finalement les 20 sujets décidèrent de participer à l'expérimentation. Un seul patient du groupe expérimental s'est retiré avant la fin de l'entraînement.

2° Pré-test

Un mois avant le début du groupe d'éducation au traitement neuroleptique (pré-test), un premier examinateur, L. Grandmont, a évalué le degré d'hypnotisabilité (SHSS:A) des sujets. Un second examinateur, J. Goulet, se chargea de la passation de l'échelle de fonctionnement social (SAS-II) et de l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS). Ces deux examinatateurs ont procédé à double insu, c'est-à-dire qu'ils ignoraient les assignations des sujets aux groupes contrôle ou expérimental, et que chacun ignorait les résultats obtenus par l'autre. L'expérimentateur F. Jodoin s'est chargé de faire remplir les questionnaires d'évaluation des connaissances sur la schizophrénie et d'évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique.

3° Traitement expérimental

Mise à part l'introduction de la variable expérimentale (éducation au traitement neuroleptique) tous les sujets ont continué de suivre leur programme régulier et individualisé de réhabilitation. L'expérience s'est déroulée en deux temps: La première cohorte était constituée de 6 sujets expérimentaux (ajout du module d'éducation au traitement neuroleptique) et de 6 sujets contrôles. La seconde cohorte était constituée de 4 sujets expérimentaux et de 4 sujets contrôles. La répartition des sujets dans les groupes expérimental et contrôle s'est faite de façon aléatoire.

Le premier sous-groupe d'éducation au traitement neuroleptique (n=6) s'échelonna sur une période de trois mois (décembre à février 1989) à raison de deux séances de 90 minutes par semaine pour un total de 21 séances. Un sujet abandonna le groupe pour des raisons personnelles. Le deuxième sous-groupe d'éducation au traitement neuroleptique (n=4) se déroula sur une période de deux mois (mars à avril 1989) à raison de deux séances de 90 minutes par semaine pour une durée de 16 séances. Le taux d'absentéisme fut minime pour l'ensemble des deux sous-groupes expérimentaux.

4° Post-test

Un mois après la fin de l'expérimentation avec chaque cohorte, l'ensemble des sujets (groupes expérimental et contrôle) repassaient avec l'examinateur J. Goulet, l'échelle de fonctionnement social (SAS-II) et l'échelle brève d'évaluation psychiatrique (BPRS). J. Goulet restait toujours aveugle à l'assignation des patients. F. Jodoin se chargeait de faire remplir les questionnaires d'évaluation des connaissances sur la schizophrénie et d'évaluation des connaissances sur la médication neuroleptique.

Enfin, tout au long de l'expérience, les sujets des groupes expérimental et contrôle ont reçu par injection intramusculaire les dosages de neuroleptique prescrits par P. Lalonde, MD. Ce psychiatre supervisait également chacun des expérimentateurs ainsi que le déroulement de l'expérimentation. On se rappellera que la standardisation du mode de prise I.M. de médication était prévu au plan d'expérience et visait à s'assurer que les patients recevaient vraiment le dosage médicamenteux requis par leur état. Ainsi les éventuels résultats au BPRS et au SAS-II ne pourraient être attribués à un écart entre le besoin de neuroleptique et la prise réelle de neuroleptique. Notons que cette standardisation ne préjuge pas que l'état d'un malade venant à s'améliorer (ou à se détériorer), la dose reçue de neuroleptique puisse diminuer ou augmenter en cours d'expérience.

E. Équivalence des groupes expérimental et contrôle

Les tableau 1 présente les données qui permettent d'établir l'équivalence des groupes sur les paramètres essentiels

. On n'a trouvé aucune différence significative entre les deux groupes quant aux paramètres suivants (tableau 1): l'âge, la scolarité, le total des jours d'hospitalisations à vie, le nombre d'hospitalisations à vie et le nombre moyen de séjours à l'unité d'observation durant l'étude. Aucun des patients participant à l'étude n'a requis d'hospitalisation durant l'étude. De plus, les deux groupes se sont avérés équivalents quant à la répartition de l'hypnotisabilité, du sexe, du

type de logement, du statut marital (tous célibataires) et quant à l'insertion au travail (tous sans emploi sauf un).Les scores d'hypnotisabilité, qui varient de 0 à 9, se distribuent de façon rectangulaire. La distribution est presque identique dans les deux groupes.

Tableau 1

Équivalence des groupes expérimental (E) et contrôle (C)

	Gr. Expérimental $\overline{X}$	Gr. Contrôle $\overline{X}$	Probabilité *
Age	24.0	24.3	.840
Années de scolarité	10.3	10.7	.635
Jrs hospitalisation à vie	147.1	200.6	.392
N° d'hospit. à vie	2.5	2.6	.962
N° d'hospit. durant l'étude	0.0	0.0	----
N°. de séjours à l'observ. durant l'étude	1.0	0.9	.924

* Test t bicaudal. Le tableau donne la probabilité exacte.

L'examen des modalités de prescription et de prise de médicaments a montré, comme la procédure le prévoyait, que les deux groupes ne diffèrent significativement sur aucune des variables suivantes: type d'administration de la médication (i.e.) par injection ou per os; fidélité à la prescription (*compliance*) selon le psychiatre autant au pré-test qu'au post-test; fidélité à la prescription selon le patient, soit au pré-test, soit au post-test. La majorité des patients ont reçu leur médication par injection, et le taux de fidélité à la prescription était, par définition, très élevé.

III. RÉSULTATS

A. Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur les connaissances des patients

Il n'a pas été possible de démontrer un effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur les résultats du questionnaire "Évaluation des connaissances sur la schizophrénie". Rappelons que la partie A de ce questionnaire pose six (6) questions aux patients (nom de la maladie, cause, médication, autres traitements, etc.). Comme il s'agit de questions ouvertes, l'analyse a porté sur la fréquence d'occurrence des types de réponses qui apparaissent sous chacune des six (6) questions. A l'exception d'une comparaison sur 44, aucun des tests n'approche le seuil de signification.

L'exception concerne l'intervention psychiatrique comme modalité de traitement (question c). Au pré-test, quatre des neuf sujets expérimentaux ont fait état de cette modalité, alors qu'aucun sujet du groupe témoin ne l'a mentionnée (p=.03). Au post-test, cette éventualité n'était évoquée que par deux sujets du groupe expérimental et un sujet du groupe témoin (p=.582).

Mise à part cette différence mineure et possiblement accidentelle (1 comparaison sur 44), on n'a pu montrer un effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur la partie A du questionnaire.

Le tableau 2 présente l'effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur la connaissance de la nature de la schizophrénie (partie B du questionnaire) et sur l'évaluation des connaissances de la médication neuroleptique. Alors qu'au pré-test la différence dans les connaissances des deux groupes n'était pas significative, on note qu'au post-test, le groupe expérimental surclasse le groupe contrôle à cet égard (p= .015 pour la partie B et p= .028 pour le questionnaire sur la médication, test U de Mann-Whitney). Au post-test, les sujets du groupe expérimental se sont regroupés dans les rangs supérieurs, et les sujets du groupe contrôle, dans les rangs inférieurs.

La comparaison des changements entre le pré-test et le post-test à ces deux questionnaires a donné lieu à une différence significative pour le

questionnaire portant sur les connaissances de la médication: les sujets du groupe expérimental ont changé davantage que ceux du groupe contrôle, dans le sens prévu par l'hypothèse (p= .007).

Tableau 2

Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur la connaissance de la schizophrénie et de la médication

	probabilités*		
Questionnaire	Pré-test	Post-test	Changement pré - post
Partie B: schizophrénie	.119	.015 (E>C)	.235
Médication neuroleptique	.671	.028 (E>C)	.007 (E>C)

* Résultats de la comparaison du groupe expérimental (E) et du groupe contrôle (C) au test U de Mann-Whitney. Le tableau donne les probabilités bicaudales exactes et le sens des différences s'il y a lieu.

Le tableau 2 montre donc un effet direct de l'éducation au traitement neuroleptique sur l'acquisition des connaissances relatives à la nature de la schizophrénie et à son traitement pharmacologique. Ce résultat statistiquement significatif corrobore les études faites dans les autres milieux à propos de l'efficacité du module d'éducation au traitement neuroleptique.

B. Effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur la symtomatologie psychiatrique et sur le fonctionnement social.

Le tableau 3 présente l'analyse des effets de l'éducation au traitement neuroleptique sur l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) et sur l'échelle de fonctionnement social (SAS-II). Une seule comparaison est significative: celle qui compare le changement survenu entre le pré-test et le post-test à l'item 61 du SAS-II. Il s'agit d'un item où l'examinateur, J. Goulet à partir de ses observations au cours de l'administration du test, évalue subjectivement l'ajustement général du patient. L'observation du clinicien, qui ignorait l'appartenance des patients, va dans le sens prévu par hypothèse, le

fonctionnement social paraissant s'être amélioré chez les sujets expérimentaux plus que chez les sujets contrôles.

Tableau 3

Comparaison des groupes E et C à l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) et à l'échelle de fonctionnement social (SAS-II)

	Probabilités exactes*		
BPRS	Pré-test	Post-test	Changement pré - post
Symptômes positifs 1	.175	.439	.516
Symptômes positifs 5	.331	.347	.637
Symptômes négatifs 2	.413	.484	.681
Symptômes négatifs 4	.681	.935	.590
Score général	.066	.250	.486
Score global	.219	.347	.712
SAS-II			
1 vie à la maison	.079	.227	.934
2 famille élargie	.814	.843	.669
3 loisirs sociaux	.593	.265	.413
4 bien-être personnel	.499	.344	.559
5 global	.824	.477	.624
Échelles dérivées:			
6 personne significative	.080	.262	.856
7 relations sociales	.858	.420	.247
8 soins personnels	.471	.964	.393
9 anxiété	.328	.824	.756
10 rôle principal	.339	.821	.313
11 ajustement général	.652	.111	.038 (E > C)
12 items critiques	.364	.209	.095

* Résultats de la comparaison des groupes expérimental(E) et contrôle(C) au test U de Mann-Whitney (bicaudal). Le tableau donne les probabilités exactes d'erreur qu'il y aurait à affirmer une différence entre les groupes E et C.

Mise à part cette différence qui, encore une fois peut être accidentelle, considérant d'une part le grand nombre de comparaisons et d'autre part la variabilité nécessaire d'une échelle qui repose sur un seul jugement, il faut conclure qu'il a été impossible de démontrer un effet significatif de l'éducation au traitement neuroleptique soit sur la symptomatologie psychiatrique (BPRS), soit sur le fonctionnement social (SAS-II). L'hypothèse principale de la recherche se trouve ainsi infirmée. Il est à noter cependant qu'un échantillon plus large aurait peut-être révélé une différence significative à l'échelle 12 (items critiques) du SAS-II ($p = .095$), auquel cas, la différence observée à l'item d'ajustement général aurait plus de poids.

C. Effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur la dose de neuroleptique requise

Le tableau 4 montre que les doses de neuroleptiques administrées, exprimées en "équivalent Largactil" n'ont pas différé significativement d'un groupe à l'autre au cours du traitement. Les mesures ont été prises à chaque mois pendant 5 mois (temps 1 à 5), depuis le pré-test jusqu'au post-test.

Tableau 4

Équivalence des traitements médicamenteux dans les groupes expérimental (E) et contrôle (C)

	Gr. E $\overline{X}$	Gr. C. $\overline{X}$	Probabilité*
Équivalent Largactil mg/ms:temps 1	15,373	19,350	.533
Équivalent Largactil mg/ms:temps 2	16,871	21,021	.543
Équivalent Largactil mg/ms:temps 3	17,911	19,235	.836
Équivalent Largactil mg/ms:temps 4	18,004	16,484	.736
Équivalent Largactil mg/ms:temps 5	12,330	17,094	.381
Antiparkinsoniens en mg/ms	4.56	4.60	.855
Anxiolytiques en mg/ms	1.22	1.00	.784
Antidépresseurs en mg/ms	0.56	0.00	N/A

* Test bicaudal. Le tableau donne la probabilité exacte.

De plus, on n'a pu montrer de différence significative quant aux quantités d'antiparkinsoniens, d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs qui ont dû être administrées aux patients en cours de traitement.

Notons que le tableau 4 présente les résultats combinés de deux cohortes (voir plus haut, D. Déroulement de l'expérience), ce qui peut porter à confusion. En effet, aux temps 1 à 4, les données sont celles du post-test de la deuxième cohorte, ajoutées à celles du temps 1 à 4 de la première cohorte. Au temps 5, les résultats concernent uniquement le post-test de la première cohorte.

Le tableau 5 corrige cette ambiguïté. Le tableau 5 présente les résultats détaillés de chaque sujet et de chaque cohorte (E_1 à E_5 et C_1 à C_6 pour la première cohorte; E_6 à E_9 et C_7 à C_{10} pour la seconde cohorte). Les quatre premières colonnes présentent les résultats du pré-test pour tous les sujets à 1 mois d'intervalle. Pour les sujets de la première cohorte, les résultats du post-test apparaissent dans la 5° colonne (l'expérimentation pour la première cohorte contenant 6 patients avait duré 5 mois). Pour les sujets de la seconde cohorte, les résultats du post-test apparaissent dans la 4° colonne (l'expérimentation pour cette seconde cohorte contenant 4 patients avait duré 4 mois). Aux fins de clarté, les résultats du post-test ont été mis entre parenthèses. L'avant dernière colonne du tableau 5 présente les différences de posologie entre le pré-test et le post-test, accompagnées de leur direction (en + ou en -). La dernière colonne présente, pour chaque sujet, le pourcentage de variation ($\Delta\%$) entre le pré-test et le post-test, sans égard à la direction du changement (en + ou en -).

Ce tableau confirme qu'il n'y a pas de différence significative, ni entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, ni entre la première et la deuxième cohorte, quant à la posologie de neuroleptique administrée aux patients. De plus, il n'y a pas de différence, ni entre les groupes expérimental et contrôle, ni entre la première et la deuxième cohorte, quant à l'augmentation (+) ou à la diminution (-) de neuroleptique entre le pré-test et le post-test (avant dernière colonne: Δ pré/post).

Toutefois, quand on compare les groupes expérimental et contrôle quant à la magnitude du changement intervenu entre le pré-test et le post-test sans égard

Tableau 5

Variations de la posologie de neuroleptique exprimée en équivalents Largactil

	Pré-test	(Post-test) *					
Sujets	1°mois	2°mois	3°mois	4°mois	5°mois	Δ pré/post	Δ % **
Groupe expérimental (E)							
E_1	7,500	7,750	7,750	7,000	(7,750)	+ 250	3 %
E_2	18,000	18,600	18,600	16,800	(13,600)	- 4,400	24 %
E_3	12,000	12,400	12,400	11,200	(12,400)	+ 400	3 %
E_4	23,250	24,025	24,025	21,700	(24,025)	+ 775	3 %
E_5	3,750	3,875	3,875	3,500	(3,875)	+ 125	3 %
E_6	7,000	7,750	7,500	(7,750)		+ 750	11 %
E_7	14,000	19,000	30,500	(35,650)		+ 21,650	155 %
E_8	33,740	37,355	36,150	(37,355)		+ 3,615	11 %
E_9	19,120	21,080	20,400	(21,080)		+ 1,960	10 %
Groupe contrôle (C)							
C_1	31,462	32,650	20,615	18,620	(20,615)	- 10,847	34 %
C_2	22,375	19,375	19,375	14,750	(15,500)	- 6,875	31 %
C_3	2,813	2,906	2,756	2,081	(4,332)	+ 1,519	54 %
C_4	61,050	63,085	56,445	33,740	(32,790)	- 28,260	46 %
C_5	11,250	11,625	11,625	10,500	(11,625)	+ 375	3 %
C_6	7,500	11,000	13,250	14,000	(17,700)	+ 10,200	136 %
C_7	14,000	12,050	9,250	(9,300)		- 4,700	34 %
C_8	21,000	34,050	36,540	(38,595)		+ 17,595	84 %
C_9	16,800	18,600	18,000	(18,600)		+ 1,800	11 %
C_{10}	5,250	4,875	4,500	(4,650)		- 600	11 %

* Les données du post-test apparaissent entre parenthèses

** Le test de Kolmogorov-Smirnov (Siegel, 1956, p.134) appliqué à la différence pré-post sans égard au signe (Δ %) montre une différence significative au seuil de .05 (bicaudal) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Le test de Fisher (Siegel, 1956, p.96) comparant les variations supérieures à 30 % et inférieure à 25 % donne les mêmes résultats.

à son signe (+ ou -), une importante différence apparaît. La dernière colonne (Δ%) du tableau 5 montre que dans le groupe expérimental, un seul sujet sur 9 ($^1/_9$) enregistre une variation de posologie supérieure à 25%, alors que dans le groupe contrôle, 7 sujets sur 10 ($^7/_{10}$) enregistrent une variation de posologie supérieure à 25%. Ce point de démarcation est déterminé par le test de Kolmogorov-Smirnov (Siegel, 1956, p.134), qui donne une différence significative ($p < .05$, test bicaudal). Le test de Fisher (Siegel, 1956, p.96) appliqué au même point maximum de coupure, donne aussi un résultat significatif. Notons également que

1° la posologie moyenne des patients qui ont une variation de plus de 30% ne différait pas significativement, au pré-test, de la posologie moyenne des patients qui ont une variation inférieure à 25%.

2° les variances de la différence pré-test / post-test (Δ%) sont homogènes dans les groupes expérimental et contrôle).

Le tableau 5 montre donc que le module d'éducation au traitement neuroleptique a un effet stabilisateur sur la posologie de neuroleptique requise par les patients. Les patients du groupe contrôle, non soumis au programme d'éducation, ont eu besoin d'ajustements plus importants de leur médication que les patients du groupe expérimental. De plus l'inspection du tableau 5 montre que ces ajustements plus importants sont survenus en cours de traitement, et non seulement au moment du post-test. En somme, partant d'une symptomatologie et d'une posologie initiales comparables (pré-test), les patients soumis au module d'éducation au traitement neuroleptique ont nécessité moins d'ajustement de prescription en cours de traitement, que les patients du groupe contrôle.

D. Paramètres de l'hypnotisabilité

Le tableau 6 présente les données relatives à l'hypothèse secondaire.de la recherche, qui concernait la valeur prédictive de l'hypnotisabilité initiale sur l'issue du traitement. A défaut d'avoir pu montrer un effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur la symtomatologie psychiatrique et sur le

fonctionnement social, on ne peut examiner la valeur prédictive de hypnotisabilité sur un effet non démontré de l'éducation.

Tableau 6

Corrélations (rho) entre l'hypnotisabilité et trois sous-échelles de l'échelle de fonctionnement social (SAS-II) au pré-test et le résultat de l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) au pré-test et au post-test

	Mesures du pré-test			
	Hypnotisabilité SHSS:A	Échelles de fonctionnement social (SAS-II)		
Corrélations		Besoins personnels	Relation affective (maison)	Soins personnels
BPRS (pré-test)				
Symptômes positifs 1	- 55*	23	- 07	38
Symptômes positifs 5	- 53*	29	04	44
Symptômes négatifs 2	29	53*	52*	37
Symptômes négatifs 4	26	37	51	13
Score général	- 01	62*	38	52*
Score global	- 02	67**	53*	57*
BPRS (post-test)				
Symptômes positifs 1	- 56*	32	- 02	32
Symptômes positifs 5	- 55*	51	07	51
Symptômes négatifs 2	29	36	52*	22
Symptômes négatifs 4	37	21	56*	- 01
Score général	- 14	70**	54*	58*
Score global	- 11	66**	56*	56*

* $p < .05$
** $p < .01$

Par contre, les données fournies par l'étude permettent d'examiner les corrélations de l'hypnotisabilité avec la symptomatologie psychiatrique sans référence aux effets de l'éducation au traitement neuroleptique.

La première colonne du tableau 6 montre que l'hypnotisabilité initiale (mesurée au pré-test) est négativement et significativement reliée aux deux échelles du BPRS qui évaluent l'importance des symtômes positifs de schizophrénie. Par contre, l'hypnotisabilité ne présente aucune relation significative avec les symtômes négatifs de schizophrénie (échelles 2 et 4 du BPRS) ni avec les scores général et global du BPRS. Au surplus, les mêmes corrélations s'observent entre l'hypnotisabilité initiale (pré-test) et les symptômes positifs de schizophrénie (échelles 1 et 5 du BPRS) tels qu'évalués au post-test, de 3 à 4 mois plus tard.

Comme on le verra, ces corrélations confirment exactement les résultats d'études antérieures qui ont servi de fondement à cette hypothèse.

Les trois colonnes de droite du tableau 6 présentent les corrélations entre, d'une part, les scores obtenus au pré-test à trois sous-échelles de l'échelle de fonctionnement social (SAS-II), et d'autre part, la symtomatologie psychiatrique (BPRS) au pré-test et au post-test. On constate d'emblée que le SAS-II n'a pas le même rapport au BPRS que ce que l'on a observé pour l'hypnotisabilité. Avec le SAS-II en effet, les corrélations significatives apparaissent soit dans la zone des symptômes négatifs (et non positifs) du BPRS, soit au niveau des scores général et global, ce qui n'était pas le cas pour l'hypnotisabilité.

Ces différences dans la relation des deux échelles à la symptomatologie psychiatrique apportent des données nouvelles et originales, qui permettront, en discussion, de préciser davantage la signification de l'hypnotisabilité du point de vue de la symptomatologie psychiatrique.

IV. DISCUSSION

Cette étude avait pour but de vérifier l'hypothèse voulant que le module d'éducation au traitement neuroleptique aurait un effet positif non seulement sur les connaissances des patients schizophrènes mais également sur leur niveau de fonctionnement social et sur la symptomatologie psychiatrique.

Le tableau 1 a permis de montrer que le groupe expérimental et le groupe contrôle étaient aussi équivalents que possible sur tous les paramètres socio-démographiques et cliniques investigués, à l'exclusion de la variable expérimentale à l'étude, qui se trouve ainsi bien isolée.

A. Effets du module d'éducation sur les variables dépendantes

On n'a pas pu montrer un effet de l'éducation au traitement neuroleptique sur la partie A du questionnaire "connaissance de la maladie" L'inspection du protocole suggère que cet échec est attribuable au fait que les connaissances élémentaires évaluées par cette partie du questionnaire étaient déjà acquises au départ. Les patients connaissaient déjà leur diagnostic et les médicaments qu'ils prenaient, ainsi que les autres avenues de traitement disponibles dans le programme clinique auquel ils étaient intégrés.

Par contre, comme le montre le tableau 2, les effets du module d'éducation sont beaucoup plus nets dans la partie B du questionnaire de Falloon *et al.* (1982) de même que sur les connaissances de la médication (Liberman et Wallace, 1985). Les patients du groupe expérimental ont effectivement acquis des connaissances précises à la fois sur la nature de la schizophrénie (partie B) et sur les neuroleptiques. Ces observations corroborent les conclusions positives des études faites dans d'autres milieux. Ces résultats vont dans le sens des travaux antérieurs de Falloon *et al.* (1982), McGill *et al.* (1983) et Liberman et Wallace (1985). L'éducation au traitement neuroleptique a eu, dans notre étude, l'impact mesurable attendu sur les connaissances des patients. En somme, le tableau 2 montre que le module expérimental a

réellement fonctionné, ce qui était un prérequis à l'évaluation de notre hypothèse principale.

Par ailleurs, cette hypothèse voulait que ce module d'éducation, dont les effets sur les connaissances étaient déjà connus, allait avoir un effet significatif non seulement sur les connaissances, mais aussi sur le fonctionnement social des sujets. Le tableau 3 montre que cette hypothèse ne s'est pas vérifiée. De fait, ni la symptomatologie psychiatrique (BPRS), ni le fonctionnement social (SAS-II) n'ont changé durant cette expérience. Les sujets des deux groupes sont restés semblables à la fin, à ce qu'ils étaient au début. Leur condition ne s'est ni améliorée, ni détériorée, et l'addition, au traitement de base, de la variable expérimentale constituée d'une éducation au traitement neuroleptique, n'a eu aucun effet substantiel sur les échelles principales du SAS-II et du BPRS. La différence observée à l'item d'ajustement général, aurait besoin, comme nous l'avons indiqué, d'être contre-validée.

L'analyse des doses moyennes de neuroleptique en cours de traitement n'a révélé aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (Tableau 4). Ces résultats concordent avec les résultats négatifs obtenus à l'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) et à l'échelle de fonctionnement social (SAS-II). En l'absence d'une différence significative entre les groupes expérimental et contrôle sur le plan clinique, la prise moyenne de neuroleptique n'a pas été modifiée de façon significative dans un groupe plus que dans l'autre.

Toutefois, comme nous l'avons indiqué dans la présentation des résultats (Tableau 5), la variation des doses de neuroleptique en cours de traitement (sans égard à sa direction en + ou en -) a été significativement plus grande dans le groupe contrôle que dans le groupe expérimental. C'est peut-être dans cette direction qu'il conviendrait de poursuivre la recherche en élargissant l'échantillon. Dans la présente étude, le module d'éducation au traitement neuroleptique a eu un effet régulateur, en stabilisant l'état mental du patient de telle façon qu'il requière moins d'ajustements de médication. En somme, tout au moins à court terme (i.e. sur 4 ou 5 mois), le patient soumis au module d'éducation a eu besoin d'autant de neuroleptique que son vis-à-vis contrôle non soumis au module, mais il a pu par contre fonctionner de façon plus stable

que son vis-à-vis contrôle, avec un dose fixe de neuroleptique. Cependant, cette différence entre les groupes expérimental et contrôle quant aux ajustements requis de la posologie doit être interprétée avec prudence: en effet, le psychiatre qui faisait les prescriptions connaissait l'appartenance des patients soit au groupe expérimental, soit au groupe contrôle.

Quatre considérations peuvent être mises de l'avant pour expliquer ces résultats mitigés:

1° Le caractère trop ambitieux de l'hypothèse de recherche. En ce qui touche le premier point, on peut remarquer que les résultats des interventions à caractère psychologique dans le traitement de la schizophrénie sont modestes et qu'ils prennent du temps à se manifester (Lalonde et Borgeat, 1988). Les études (suite aux travaux originaux de Brown, Birley et Wing, 1972) qui ont voulu minimiser l'impact négatif de certaines formes d'expression émotive (EE) dans la famille, ont obtenu de bons résultats. Certes ces études misaient sur des dimensions psychologiques et relationnelles, mais il s'agissait davantage d'éviter d'exposer le patient aux émotions nocives de son entourage, que de mettre de l'avant des conduites capables de générer, chez le schizophrène, des changements positifs. Ici, il était sans doute exagéré d'espérer qu'un module d'éducation au traitement neuroleptique, qui ne portait pas spécifiquement sur le fonctionnement social, allait modifier le fonctionnement social des schizophrènes.

2° La courte durée de l'expérience. Une deuxième considération porte sur la courte durée de l'expérience. La schizophrénie est une maladie qui évolue au long cours, et on ignore quel serait l'intervalle minimum requis pour qu'il soit possible, avec l'échelle de fonctionnement social (SAS-II), de dépister un changement réel dans un échantillon quelconque de schizophrènes.

3° Les effets de plafonnement (*ceiling effects*). Troisièmement, l'échantillon était constitué d'un groupe homogène de jeunes schizophrènes déjà stabilisés à l'intérieur d'une même clinique spécialisée. Considérant le fait que ce programme spécialisé de traitement était déjà passablement riche, il est possible que le module d'éducation au traitement neuroleptique n'ait pas représenté un ajout assez puissant pour faire une différence significative. Puisque la

symptomatologie de ces patients n'a pas changé en cours d'expérience, on peut également penser que certains effets thérapeutiques principaux avaient déjà été obtenus avant le début de la présente étude, ce qui réduisait les chances d'en obtenir durant l'étude, sur les dimensions mesurées. De plus, on a exclu au départ certains patients trop symptomatiques et instables (voir "Sélection des patients" dans le chapitre "Méthodologie")

4° La petite taille de l'échantillon. Enfin, un échantillon plus large aurait peut-être révélé une différence significative à l'échelle 12 (items critiques) du SAS-II, et consolidé la différence observée à l'échelle 11 (ajustement général). De plus, la vérification de l'hypothèse quant à l'effet régulateur du module sur la dose de neuroleptique nécessaire et suffisante exigerait un échantillon plus grand.

B. Hypnotisabilité (SHSS:A), fonctionnement social (SAS-II) et symptomatologie psychiatrique (BPRS)

L'hypothèse secondaire de l'étude s'intéressait à la valeur prédictive de l'hypnotisabilité. En l'absence de l'effet principal de l'éducation au traitement neuroleptique recherché, nous pouvons néanmoins examiner les corrélations entre l'hypnotisabilité et le fonctionnement social comme aptitudes mesurées au départ, et les scores de la symptomatologie (BPRS).

L'examen des inter-corrélations révèle d'abord certains faits d'intérêt concernant les échelles de mesure. A l'échelle de fonctionnement social (SAS-II), les corrélations (rho) test- retest à quatre ou cinq mois d'intervalle, ne sont pas très élevées.

personne significative (.37)
activités sociales (.41)
besoins personnels (.74**)
total (.29);

et pour les échelles dérivées:

personne significative (.44)
relations sociales (.49)
soins personnels (.34)

anxiété (.41)
score global (.65*)

Il y a donc eu, entre le pré-test et le post-test, une fluctuation substantielle dans le rang que les patients occupaient les uns par rapport aux autres au départ, à l'échelle de fonctionnement social.

Ces corrélations modestes sont de même ordre que celles rapportées par Weissman et Bothrell (1976) avec le SAS-SR auprès des patients déprimés et par Glazer, Aaronson *et al.* (1980) avec le SAS-II auprès de patients schizophrènes. Dans ces deux études, on étudiait la concordance simultanée entre les scores de fonctionnement social attribués par un observateur et les scores que le patient s'attribuait lui-même. Il est donc difficile de départager, dans les fluctuations rapportées plus haut entre le pré-test et le post-test, ce qui relève d'une fidélité limitée des sous-échelles du SAS-II et ce qui relève de fluctuations réelles des variables sous-jacentes, en l'absence de données de validation suffisantes. Il convient donc d'exercer une certaine prudence dans l'analyse des scores obtenus aux sous-échelles de l'échelle de fonctionnement social (SAS-II).

L'échelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS) offre quant à elle, à quatre ou cinq mois d'intervalle, des corrélations test-retest (rho) plus constantes et robustes:

échelle 1 (.66**)
échelle 2 (.70**)
échelle 4 (.77**)
échelle 5 (.63**)
score global (.85**)
score général (.76**).

Les corrélations sont toutes significatives au seuil de .01 et montrent bien que les rangs obtenus par les patients au pré-test, quant à l'importance de leurs symptômes, n'ont pas changé de façon substantielle au cours de l'étude.

Le tableau 6 présentait les corrélations des scores initiaux d'hypnotisabilité d'une part, et de l'échelle de fonctionnement social d'autre part, avec les scores initiaux et finaux du BPRS. Ce tableau montre que les

scores initiaux des trois échelles du SAS-II (i.e. besoins personnels, personne significative à la maison et soins personnels) présentaient des relations positives substantielles et constantes avec les scores général et global du BPRS, et quelques corrélations avec les scores des symptômes négatifs de schizophrénie. En somme, c'est en identifiant les manques dont se plaint ou dont fait preuve le patient à l'étude, que l'échelle de fonctionnement social touche une dimension de psychopathologie qui rejoint à la fois les symptômes négatifs de schizophrénie et par là, les scores globaux du BPRS.

Ces corrélations apportent une certaine contribution à la validité de construit de l'échelle de fonctionnement social. Dans l'étude de Prusoff, Weissman *et al.* (1980), l'auto-évaluation de fonctionnement social (SAS-SR) chez des patients déprimés concordait également avec les scores obtenus à diverses échelles d'évaluation des symptômes dépressifs.

Notons que l'échelle de fonctionnement social semble varier de façon relativement indépendante des symptômes positifs de schizophrénie chez nos patients.

C. Relations entre l'hypnotisabilité (SHSS:A) et la symptomatologie psychiatrique (BPRS)

Les scores initiaux d'hypnotisabilité, au contraire, varient en fonction des symptômes positifs de schizophrénie et non en fonction des symptômes négatifs, ni même en fonction des scores symptomatiques globaux. Plus les symptômes positifs sont importants, plus l'hypnotisabilité est faible. Plus l'hypnotisabilité est forte, plus les symptômes positifs de schizophrénie sont faibles.

Ces résultats apportent, pour la première fois avec le BPRS, une nouvelle contre-validation des résultats originaux de Lavoie, Sabourin, Ally et Langlois (1976), et s'inscrivent parfaitement dans la ligne des travaux qui sont venus étayer par la suite cette découverte originale et s'y référer. (Dufour, 1983; Lavoie et Élie, 1985; Lavoie, Michaud, Élie, Amar, 1987; Michaud, Lavoie, Élie, Amar, 1987; Obstoj et Sheehan, 1983; Spiegel, Detrich et Frischholz,

1982; Spiegel et Fink, 1979). L'ensemble de ces travaux indiquait clairement que chez les schizophrènes, l'hypnotisabilité est une fonction inverse des symptômes les plus flamboyants (troubles formels de la pensée, hallucinations et symptômes délirants).

Toutefois, la présente étude est la première à suggérer que l'hypnotisabilité est 1° négativement liée aux symptômes positifs, 2° qu'elle tend à être positivement liée aux symptômes négatifs.

En effet, notre étude suggère que non seulement la manifestation de l'hypnotisabilité d'un patient n'est pas inhibée par la présence des symptômes négatifs de schizophrénie mais qu'elle est peut-être même, dans certaines cas, favorisée par ces symptômes (on observe en effet des corrélations de + .26 à + .37 entre l'hypnotisabilité et les symptômes négatifs).

Ce rapport différencié aux symptômes positifs et aux symptômes négatifs constitue une observation tout à fait originale dans la littérature et mériterait d'être approfondie et vérifiée auprès d'un échantillon plus large.

V. CONCLUSION

En conclusion, les résultats de cette étude sont limités, surtout en raison de la petite taille de l'échantillon. Il a été possible de démontrer néanmoins que

1° le module d'éducation au traitement neuroleptique
   a) avait un effet significatif sur l'amélioration des connaissances des patients schizophrènes,
   b) réduisait les ajustements de posologie requis en cours de traitement;

2° l'hypnotisabilité (comme aptitude initiale des patients) était négativement reliée aux symptômes positifs de schizophrénie et tendait à être positivement reliée aux symptômes négatifs de schizophrénie, tant au pré-test qu'au post-test;

3° le niveau de fonctionnement social des patients (SAS-II) - spécialement en ce qui touche les besoins personnels, les relations avec les personnes significatives à la maison et les soins personnels - est fonction de la symptomatologie psychiatrique globale (BPRS) (rho de l'ordre de .52 à .70), tant au pré-test qu'au post-test.

Enfin cette étude suggère fortement qu'avec un échantillon plus nombreux, il serait possible

1° de démontrer un effet favorable du module d'éducation au traitement neuroleptique sur la symptomatologie psychiatrique (échelles 11 et 12 du BPRS);

2° de mieux documenter l'effet régulateur du module d'éducation sur les variations des dosages de neuroleptiques requis; les patients participant au module paraissent capables d'un fonctionnement acceptable avec une dose stable de neuroleptique, alors que les patients ne participant pas au module auraient davantage besoin d'ajustements de leur médication et présenteraient donc un parcours symptomatique plus variable.

Nous pensons donc qu'il y aurait lieu de poursuivre la recherche, à double insu, spécialement dans ces directions.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREASEN, N.C. "Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability" in *Archives of General Psychiatry*, 1982, no. 39, p.784-788.

ANDREASEN, N.C. "Positive vs negative schizophrenia: A critical evaluation" in *Schizophrenia Bulletin*, 1985, no. 11, p. 380-389.

BELLACK, A.S. "Schizophrenia: Behavior therapy forgotten child" in *Behavior Therapy*, 1986, no.17, p.199-214.

BIRLEY, J.T.L., BROWN, G.W. "Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia: Clinical aspects" in *British Journal of Psychiatry*, 1970, no.116, p.327-333.

BLACKWELL, B. "Treatment adherence" in *Psychosomatics*, 1979, no.20, p.27-35.

BOCZKOWSKI, J.A., ZEICHNER, A.& DE SANTO, N. "Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: An intervention outcome report" in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, no. 53, p.666-671.

BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WING, J.K. "Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication" in *British Journal of Psychiatry*, 1972, no.121, p. 241-250.

CARPENTER, W.T., HEINRICHS, D.W. & ALPHS, L. "Treatment of negative symptoms" in *Schizophrenia Bulletin*, 1985, no.11, p.440-452.

CARPENTER, W.T., "Thoughts on the treatment of schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin*, 1986, no. 12, p. 527-539.

CARPENTER, W.T., HEINRICHS, D.W. "Early intervention, time-limited, targeted pharmacotherapy of schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin*, 1983, no. 9, p. 34-36.

DAVIS, J.M., GOSENFELD, L. & TSAL, C.C. "Maintenance antipsychotic drugs do prevent relapse?" in *Psychological Bulletin*, 1976, no. 83, p. 431.

DAVIS, J.M. "Overview: maintenance therapy in psychiatry I. Schizophrenia", in *American Journal of Psychiatry*, 1975, no.132, p.1237-1245.

DAVIS, J.M., SCHAFFER, C.B., KILLIAN, G.A., KINARD, C., CHAN, C. "Important issues in the drug treatment of schizophrenia", in *Schizophrenia Bulletin*, 1980, no.6,
p. 70-87.

DAWSON, M.E., NUECHTERLEIN, K.H. "Psychophysiological dysfunction in the developmental cause of schizophrenics disorders", in *Schizophrenia Bulletin*, 1984, no.10, p. 204-232.

DORVIL, H. "Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à Louis-H. Lafontaine", in *Santé Mentale au Québec*, juin 1987, vol. 12, no.1.

DUFOUR, P. *Contrevalidation à double insu de la relation entre l'hypnotisabilité et la forme du discours associatif au test de Rorschach chez les schizophrènes*, Mémoire de maîtrise, Département de Psychologie, Université de Montréal, 1983.

EVANS, F.J. "Recent trends in experimental hypnosis" in *Behavioral Science*, 1968, no.13, p. 477-487.

FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, C.W., RAZANI, J., MOSS, H.B. & GILDERMAN, A.M. "Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study" in *New England Journal of Medicine*, 1982, no.306, p.1437-1440.

FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, C.W., STRANG, J.S. & MOSS, H.B. "Family management training in the community care of schizophrenia" in Goldstein, M.J., Editors, Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco, 1981, p. 61-77.

FALLOON, I.R.H., LIBERMAN, R.P. Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin*, 1983, no.9, p.543-554.

GARDOS, G., COLE, J.O. "Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease?" in *American Journal of Psychiatry*, 1976, no.133, p.32-36.

GLAZER, W.M., AARONSON, H.S., PRUSOFF, B.A. *et al.* "Assessment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics" in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, no.168, p.493-497.

HOGARTY, G.E., SCHROEDER, N.R., ULRICH, R. *et al.* "Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients" in *Archives of General Psychiatry*, 1979, no.36, p.1283-1294.

JONES, B. "Eye tracking dysfunction is associated with partial trisomy of chromosome 5 and schizophrenia" in *Archives of General Psychiatry*, 1988, no.45, p.1140-1141

JOHNSON, D.A.W. "Antipsychotic medication: Clinical guidelines for maintenance therapy" in *Journal of Clinical Psychiatry*, 1985, no.46, p.6-15.

KANE, J. M. "Compliance issues in outpatient treatment." in *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1985a, no.5, p.22-27.

KANE, J.M. "Antipsychotic drug side effects: Their relationship to dose" in *Journal of Clinical Psychiatry*, 1985b, no.46, p.16-21.

KANE, J.M. "Low dose medication strategies in the maintenance treatment of schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin*, 1983, no.9, p.29-33.

KELLY, J.A., LAMPARSKI, D.M. "Outpatient treatment of schizophrenics: Social skills and problem-solving training", in *Handbook of clinical behavior therapy with adults*, Hersen, M. & Bellack Editors, Plenum, New-York, 1985, p. 485-508.

KESSLER, K.A., WALETZKY, J.P. "Clinical use of the antipsychotics" in *American Journal of Psychiatry*, 1981, no.138, p.202-209.

KETY, S.S., MATTHYSSE, S. "Genetic and biochemical aspects of schizophrenia" in *The New Harvard Guide to Psychiatry* , The Belknap Press of Harvard University Press, A.M. Nicholi, Editor,Cambridge, 1988, p. 139-151.

KLERMAN, G.L., DIMASCIO, A., WEISSMAN, M.M. *et al.* "Treatment of depression by drugs and psychotherapy" in *American Journal of Psychiatry,* 1974, no.131, p.186-191.

KRINGLEN, E. "Genetic studies of schizophrenia", in Handbook of studies on schizophrenia, part 1, Burrows, Norman, Rubenstein Editors, Elsevier, Amsterdam, 1986, p.45-69.

LALONDE, P., BORGEAT, F. "Schizophrénie" in *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*, Lalonde, Grunberg *et al.*, Gaëtan Morin Éditeur, Chicoutimi, 1988, chapitre 13, p.340-374.

LALONDE, P. *La schizophrénie expliquée*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 1988.

LALONDE, P., PAQUETTE, R., & DELAGE J. *L'abîme du rêve: la tempête de la schizophrénie*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 1990.

LAVOIE, G., SABOURIN, M. ALLY *et al.* "Hypnotizability as a function of adaptive regression among chronic psychotic patients" in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* 1976, no.24, p.238-257.

LAVOIE, G., ELIE, R."The clinical relevance of hypnotizability in psychosis: With reference to thinking processes and sample variances" in *Modern trends in hypnosis,* D. Waxman, P.C. Misra, M. Gibson, M.A. Basker Editors, Plenum, New-York, 1985, p.41-64.

LAVOIE, G., MICHAUD, M. ELIE, R. *et al.* "Hypnotizability as a prognostic index in schizophrenia II: The functional relationship between increasing mastery over autistic thinking disorders and improvement in hypnotic responses over a 10-17 years period" in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* paper presented at Hypnotizability and psychopathology Symposium, the 38th Annual Workshops and Scientific Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis, B. Sloane and M.J. Diamond, Los Angeles, 1987, no.35, 179 (abstract).

LEFF, J.P., HIRSH, S. R., GAIND, R. *et al.* "Life events and maintenance therapy in schizophrenic relapse" in *British Journal of Psychiatry*, 1973, no.123, p.659-668.

LELORD, F., "Une nouvelle approche du patient schizophrène et du traitement neuroleptique: le groupe médicament (Medication management)" in *Annales de psychiatrie*, 1987, vol.2, no.3, p.301-306.

LELORD F., LIBERMAN R.P. *et al.* "Un groupe pour entraîner les patients schizophrènes à l'auto-contrôle de leurs symptômes: une expérience en cours" in *Annales de psychiatrie*, 1988, vol.3, no.2, p. 156-161.

LIBERMAN, R.P. "Psychosocial therapies for schizophrenia" in *Comprehensive textbook of Psychiatry*- IV, Kaplan, H.I. and Sadock, B.J., Editors, William and Wilkins, Baltimore, 1985a, p. 724-734.

LIBERMAN, R.P., WALLACE, C.J. "Social Skills training for patients with schizophrenia" in *Psychiatry Research,* 1985b, no. 15, p.239-247.

LIBERMAN, R.P., EVANS, C.C. "Behavioral rehabilitation for chronic mental patients" in *Journal of Clinical Pharmacology*, 1985c, no.5, p. 85-145.

LINDEN, M., CHASKEL, R. "Information and consent in schizophrenic patients in long term treatment" in *Schizophrenic Bulletin*, 1981, no.7, p.372-377.

McGILL, C.W., FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L.& WOOD-SIVERIO, C. "Family educational intervention in the treatment of schizophrenia" in *Hospital and Community Psychiatry*, 1983, no. 34, p.934-938.

MICHAUD, M., LAVOIE, G., ELIE, R. *et al.* "Hypnotizability as a prognostic index in schizophrenia I: Prediction of personality improvement and discharge rates over a 10-17 years period" in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, paper presented at Hypnotizability and psychopathology Symposium, the 38th Annual Workshops and Scientific Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Los Angeles, in B. Sloane and M.J. Diamond, 1987, no.35, 179 (abstract).

MORRISON, R.L., BELLACK, A.S. "Social skills training", in *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation*, A.S. Bellack editor,. Grune & Stratton, Orlando, 1984, p. 247-280.

NACE, E.P., WARWICK, A.M., KELLY, R.L., EVANS, F.J. "Hypnotizability and outcome in brief psychotherapy" in *Journal of Clinical Psychiatry*, 1982, no.43, p. 129-133.

NUECHTERLEIN, K.H., DAWSON, M. "A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes" in *Schizophrenia Bulletin*, 1984, no. 10, p.300-312.

OBSTOJ, I., SHEEHAN, P.W. "Posthypnotic amnesia and the cognitive efficiency of schizophrenics" in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1983, no.31, p.155-169.

OVERALL, J.E., GORHAM, D.R. "The brief psychiatric rating scale" in *Psychological Reports*, 1962, no.10, p.799-812.

PETTINATI, H. "Measuring Hypnotizability in psychotic patients" in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1982, no.30, p. 404-416.

PRUSOFF, B.A., WEISMAN, M.M., KLERMAN, G.L. *et al.* "Research diagnostic criteria subtypes of depression as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment" in *Archives of General Psychiatry*, 1980, no.37, p.796-801.

SCHOOLER, C., SPOHN, H.E. "Social dysfunction and treatment failure in schizophrenia" in *Schizophrenia Bulletin*, 1982, no.8, p.85.

SCHOOLER, C., HOGARTY, G., WEISSMAN, M.M. "Social adjustment scale II (SAS-II)" in *Resource materials for community mental health program evaluators*, W.A. Hargreaves, C.C. Attkisson & J.E. Sorensen Editors, Publication no (ADM) 79-328, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979, p. 290-330).

SIDOUN, P., LALONDE, P. *Schizophrénie, nouvelles perspectives.*, Edisem, St-Hyacinthe, 1988.

SPIEGEL, H., DETRICH, D., FRISCHHOLZ, E. "Hypnotizability and psychopathology" in *American Journal of Psychiatry*, 1982, no.139, p.431-437.

SPIEGEL, H., FINK, R. "Hysterical psychosis and hypnotizability" in *American Journal of Psychiatry*, 1979, no.6, p.777-781.

VAUGHN, C.E., LEFF, J.P. "The influences of family and social factors on the course of psychiatric illness" in *British Journal of Psychiatry*, 1976a, no.129, p.125-137.

VAUGHN, C.E., LEFF, J.P. "The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients" in *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976b, no.15, p.157-165.

VINCELETTE, F. *L'influence d'un groupe d'entraide sur l'évolution du schizophrène et de sa famille*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal, Montréal, 1986.

WALLACE, C.J. "Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders" in *Schizophrenia Bulletin*, 1984, no.10, p.233-257.

WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P. "Social Skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial" in *Psychiatry Research*, 1985, no.15, p.239-247.

WALLACE, C.J. "Functional assessment in rehabilitation" in *Schizophrenia Bulletin*, 1986, no.12, p.604-624.

WEISSMAN, M.M., PAYKEL, E.S. *The depressed woman: A study of social relationships* , University of Chicago Press, Chicago, 1974.

WEISSMAN, M.M., PRUSOFF, B.A., THOMPSON, W.D. *et al.* "Social adjustment by self-report in a community sample and psychiatric outpatients" in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1978, no.166, p.317-326.

WEISSMAN, M.M., BOTHWELL, S. "The assessment of social adjustment by patient self-report" in *Archives of General Psychiatry*, 1976, no.33, p.1111-1115.

WEISSMAN, M.M., KLERMAN, G.L., PRUSOFF, B.A. "Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy" in *Archives of General Psychiatry*, 1981, no.38, p.51-55.

WEITZENHOFFER, A.M., HILGARD, E.R. *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A and B.*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1959.

WING, J.K. "The social context of schizophrenia" in *American Journal of Psychiatry*, 1978, no.135, p.1333-1339.

ZUBIN, J. "Chronicity versus vulnerability" in *Handbook of schizophrenia, Nosology, Epidemiology and Genetics of Schizophrenia* , Elsevier, Amsterdam, 1988, vol. 3, p.463-480.

ZUBIN, J., SPRING, B. "Vulnerability - A new view of schizophrenia" in *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, no.86, p.103-126.

ÉCHELLE DE FONCTIONNEMENT SOCIAL

[Social Adjustment Scale - II (SAS - II): Schooler, Hogarty et Weissman, 1979]
(Traduction: Francine Vincelette, 1985)

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES (POUR L'ÉVALUATEUR)

Les questions sont lues au sujet. A l'intérieur d'une phrase, les mots entre parenthèses doivent être remplacés par les termes appropriés: par exemple, (date) *"depuis la mi-avril"*. Les phrases précédées des lettres QA sont des questions additionnelles: elles peuvent être posées si les réponses aux questions principales ne contiennent pas suffisamment d'informations. Les questions principales doivent toujours être demandées. Les questions non spécifiques additionnelles, comme

- *Pouvez-vous m'en dire davantage?*
- *Pouvez-vous me donner un exemple?*
- *Est-ce qu'il y a autre chose?*

sont toujours posées dans cet ordre. Il est également possible de reformuler ce que le sujet vient de dire pour l'amener à élaborer davantage. En dehors des questions non spécifiques mentionnées et de la reformulation, tout autre type de questions doit être réduit au minimum.

Les INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES sont inscrites en majuscules.

Les échelles de cotation encadrées sont définies selon chaque item correspondant. Chaque échelle est numérotée; chacun des points de l'échelle est décrit. Inscrivez le nombre correspondant sur la feuille de réponse à l'item approprié.

INTRODUCTION (À LIRE AU SUJET)

Nous sommes intéressés à savoir comment les choses se sont passées pour vous durant les deux (2) derniers mois; ce qui veut dire depuis (date) jusqu'à maintenant. Je vais vous poser des questions au sujet de votre travail, votre vie familiale et vos loisirs. Je vais vous lire les questions pour être certain que je les formule correctement et je vais prendre vos réponses en note.

Essayez de répondre à toutes les questions pour la période des deux (2) derniers mois.

- *Avez-vous été en vacances, passé du temps loin de la maison ou vécu un changement de ce genre?*

S'il arrive qu'une question n'a pas de sens pour vous, dites-le moi.

- *Est-ce que vous avez des questions à poser avant que nous commencions?*
- *Etes-vous marié(e)?*

si oui:

- *Vivez-vous avec votre conjoint?*
- *Y a-t-il quelqu'un d'autre à la maison?*

si non:

- *Avec qui vivez-vous?*
- *Y a-t-il quelqu'un d'autre?*

Section I: TRAVAIL

Pour tous les sujets - Ligne 1

- *Quel âge avez-vous?*
- *Jusqu'à quel niveau avez-vous étudié?*
- *Etes-vous étudiant?*
- *Habituellement, avez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel à l'extérieur de la maison?*

si oui:
- *Quel est votre emploi habituel?*
- *Avez-vous travaillé depuis (date)?*

si le sujet ne travaille pas à temps plein:
- *Pourquoi est-ce comme cela?*

POUR LES FINS DE CETTE ÉCHELLE, UNE PERSONNE EST "TRAVAILLEUR (SE)" SAUF SI UNE DES CONDITIONS SUIVANTES EXISTE:

- ÉTUDIANT (E) À TEMPS PLEIN
- FEMME MARIÉE, DIVORCÉE OU SÉPARÉE QUI A LA RESPONSABILITÉ DE LA MAISON (MÉNAGÈRE)

CETTE CLASSIFICATION NE REFLÈTE PAS LA PERFORMANCE DU SUJET.

Ligne 1: Catégories

1=	Travailleur (se)	(ALLEZ AUX LIGNES 2 ET 3)
2=	Ménagère	(ALLEZ AUX LIGNES 4 ET 5)
3=	Étudiant (e)	(ALLEZ AUX LIGNES 6 ET 7)

Pour les travailleurs(ses) - Lignes 2 et 3

- *Avez-vous été absent(e) du travail durant les 2 derniers mois?*
- *Combien de jours avez-vous manqué?*
- *Est-ce que c'étaient des vacances?*
- *Avez-vous bien fait votre travail durant les 2 dernier mois?*
- *Avez-vous de la difficulté à garder votre travail à jour?*
  - QA - *Quelqu'un a-t-il été obligé de vous parler au sujet de votre travail?*

Si absence de détérioration:
- *Trouvez-vous votre travail trop facile?*

SI LE SUJET EST TRAVAILLEUR MAIS N'A PAS TRAVAILLÉ DURANT LES DEUX DERNIERS MOIS, COTEZ LES LIGNES 2 ET 3 AU POINT 5 DE L'ÉCHELLE. PASSEZ A LA LIGNE 9.

INCLURE LE TEMPS PERDU DU À UNE MALADIE PHYSIQUE OU MENTALE, LE CHOMAGE ET LES CONGÉS TEMPORAIRES.

EXCLURE LES VACANCES PAYÉES SAUF SI ELLES ÉTAIENT PRISES À CAUSE DE LA MALADIE.

ÉVALUEZ LA DÉTÉRIORATION DÉCRITE ET NON LES SENTIMENTS QUI L'ACCOMPAGNENT.

LE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL NE PEUT ETRE COTÉ PLUS HAUT QUE 2, À MOINS QUE LE SUJET NE SOIT MÉNAGERE OU ÉTUDIANT(E).

Ligne 2: temps perdu

1= moins d'une semaine
2= jusqu'à 1 semaine
3= entre 1 et 2 semaines (25%)
4= entre 2 et 4 semaines (moins de 50%)
5= plus de 4 semaines (plus de 50%)
9= ménagère ou étudiant(e)

Ligne 3: performance

1= pas de détérioration
2= performance adéquate mais un peu détériorée
3= détérioration modérée ou travail partiel ou sous-utilisation mais performance adéquate
4= détérioration marquée ou sous-utilisation et performance non adéquate
5= détérioration extrême ou ne travaille pas du tout
9= ménagère ou étudiant(e)

Pour les ménagères - Lignes 4 et 5

- Comment vous en êtes-vous tirée avec le travail à la maison?
- Y a-t-il eu des jours durant les 2 derniers mois où vous avez eu de sérieuses difficultés à faire votre travail?
- Pouvez-vous me dire à quoi ressemblaient ces journées?

Repas - *Avez-vous fait tous les repas durant les 2 derniers mois?*
- QA - *Avez-vous eu des problèmes à faire les repas?*
- QA - *Que cuisinez-vous en temps ordinaire?*
- QA - *Avez-vous simplifié la préparation des repas ou utilisé davantage de repas congelés?*
- QA - *Est-ce un changement dans vos habitudes?*
- QA - *Avez-vous mangé à l'extérieur parce que vous n'arriviez pas à préparer les repas?*
- QA - *Est-ce arrivé souvent?*

Lavage - *Avez-vous réussi à faire vos lavages depuis (date)?*
- QA - *Quelqu'un s'est-il retrouvé à un moment donné sans vêtement propre?*

Ménage - *Avez-vous réussi à maintenir la maison en bon état?*
- QA - *Avez-vous été obligée de laisser les choses aller?*

Épicerie - *A peu près combien de fois avez-vous fait votre épicerie durant les 2 derniers mois?*

- En temps ordinaire, est-ce plus ou moins différent?

- QA *- Avez-vous eu besoin de faire des aller-retour supplémentaires au magasin?*

Magasinage - *Avez-vous eu de la difficulté à faire le magasinage, faire les courses et entretenir le roulement de la maison, comme acheter des vêtements, aller à la pharmacie, payer les comptes?*

ÉVALUEZ CHACUN DES ITEMS REPAS, LAVAGE, MÉNAGE, ÉPICERIE ET MAGASINAGE SÉPARÉMENT.

FAITES ENSUITE LA MOYENNE.

LA COTE DÉCRIT LA DÉTÉRIORATION DU COMPORTEMENT ET NON LES SENTIMENTS RESSENTIS.

Ligne 4: temps perdu

1= la plupart du temps, accomplit toutes les tâches
2= habituellement, accomplit toutes les tâches
3= fait certaines tâches mais en laisse tomber d'autres
4= ne fait habituellement pas la plupart des tâches
5= ne réussit à faire aucune tâche
9= travailleur(se), étudiant(e)

Ligne 5: efficacité

1= pas de détérioration
2= performance adéquate mais quelque peu détériorée
3= détérioration modérée ou a besoin / reçoit de l'aide
4= détérioration marquée ou a besoin / reçoit une aide substantielle
5= détérioration extrême ou ne fonctionne pas du tout
9= travailleur(se), étudiant(e)

Pour les étudiant(e)s - Lignes 6 et 7

- Dans une semaine, combien d'heures de cours avez-vous à l'horaire?
- Avez-vous eu besoin de manquer les classes durant les 2 derniers mois?

- QA *- Combien de fois?*
- QA *- Pourquoi avez-vous manqué?*

- Comment vous êtes-vous débrouillé(e) dans vos travaux scolaires?

- QA *- Avez-vous été capable d'arriver dans vos travaux?*

- Avez-vous eu des examens?

- QA *- Comment cela s'est-il passé?*

Ligne 6: temps perdu

1= moins de 4 jours
2= jusqu'à 1 semaine
3= entre 1 et 2 semaines (25%)
4= entre 2 et 4 semaines (moins de 50%)
5= plus de 4 semaines (plus de 50%)
9= travailleur(se) ou ménagère

Ligne 7: performance

1= pas de détérioration
2= performance adéquate mais quelque peu détériorée
3= détérioration modérée
4= détérioration marquée
5= détérioration extrême ou ne fonctionne pas du tout
9= travailleur(se) ou ménagère

Pour tous les sujets - Lignes 8 à 14

Sentiment d'être adéquat(e) - Ligne 8

-Avez-vous fait votre travail du mieux que vous pouviez ou avez-vous eu l'impression de pouvoir faire mieux?

- QA *- Avez-vous l'impression que vous pouviez avoir mal travaillé à un moment donné au cours des 2 derniers mois?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS.

Ligne 8 - sentiment d'être adéquat(e)

1= se sent presque toujours adéquat(e) ou capable de prendre les choses en main
2= se sent habituellement adéquat(e)
3= se sent parfois adéquat(e)
4= se sent rarement adéquat(e)
5= ne se sent presque jamais adéquat(e)
9= ne travaille pas ou difficilement évaluable en tant que ménagère ou étudiant(e)

Tensions - Ligne 9

- Durant les 2 derniers mois, comment vous entendiez-vous avec les gens (au travail)?
- Est-ce qu'il y a des choses qu'ils font qui vous dérangent ou vous mettent en colère?

Si oui:
- Avez-vous gardé vos sentiments pour vous?
- Est-ce que l'autre personne savait que vous étiez bouleversé(e)?

- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites qui dérangent les autres ou les rendent en colère?
- Est-ce que vous vous obstinez beaucoup?
- QA *- Avez-vous des désaccords évidents avec quelqu'un?*
- QA *- Est-ce arrivé souvent?*
- QA *- Quelle était la gravité de ces désaccords?*
- Est-ce qu'il y a quelqu'un que vous évitez parce que vous savez que vous allez commencer à vous disputer?

ÉVALUEZ LE COMPORTEMENT MANIFESTE COMPRENANT LES ARGUMENTATIONS, LES CONTRARIÉTÉS FLAGRANTES ET LE RETRAIT.

CONSIDÉREZ:

- POUR LES TRAVAILLEURS:
  SUPERVISEURS, COMPAGNONS DE TRAVAIL, CLIENTS
- POUR LES MÉNAGERES:
  VENDEURS, RÉPARATEURS, VOISINS (EXCLUANT AMIS ET FAMILLE)
- POUR LES ÉTUDIANT(E)S
  PROFESSEURS, ADMINISTRATEURS, AUTRES ÉTUDIANTS
- POUR CEUX QUI NE TRAVAILLENT PAS, OU EN TRAITEMENT DE JOUR:
  AUTRES PATIENTS, PERSONNEL

Ligne 9: tensions

1= pas de tensions et relations harmonieuses
2= tensions mineures mais pas d'évitement
3= quelques tensions et / ou réduit certains contacts
4= tensions modérées et / ou réduit de nombreux contacts
5= tensions très grandes ou évite les autres ou est évité par les autres
9= difficilement évaluable en tant que travailleur,ménagère, étudiant ou dans un centre de jour

Détresse - Ligne 10 - A ÉVALUER AU BESOIN

- QA *- Durant les 2 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) préoccupé(e) ou bouleversé(e) pendant que vous faisiez votre travail?*
- QA *- Est-ce qu'il vous arrive d'arrêter de travailler parce que vous êtes trop bouleversé(e) pour continuer?*

ÉVALUEZ LES ÉMOTIONS DU SUJET

ÉVALUEZ À LA FOIS SELON LA FRÉQUENCE ET L'INTENSITÉ, LA DÉTRESSE INCLUT AVOIR LES BLEUS OU PLEURER, ÊTRE TENDU(E) OU AVOIR LE COEUR QUI DÉBAT, SENTIR DES PAPILLONS, ÊTRE FATIGUÉ(E), ETC.

Ligne 10: détresse

1= pas de sentiment de détresse
2= un peu de détresse
3= détresse modérée
4= détresse prononcée
5= détresse extrême
9= non évaluable

Sentiments liés au travail - Lignes 11 et 12

- *Qu'est-ce que vous aimez dans votre travail?*
- *Y a-t-il quelque chose que vous n'aimez pas?*
- QA - *Qu'est-ce que vous aimez le plus?*
- QA - *Qu'est-ce que vous aimez le moins?*
- *Avez-vous trouvé votre travail intéressant durant les 2 derniers mois?*
- QA - *Etes-vous satisfait(e) quand votre travail est fait?*

Ligne 11: affinité

1= aime de nombreux aspects de son travail
2= aime certains aspects avec certains points mineurs qu'il(elle) n'aime pas
3= de façon égale, aime et n'aime pas certains aspects de son travail
4= n'aime pas de certains aspects mais pas complètement
5= n'aime pas de nombreux aspects de son travail
9= non évaluable (ou ne travaille pas)

Ligne 12: intérêt

1= très intéressé(e)
2= plutôt intéressé(e)
3= neutre
4= plutôt désintéressé(e)
5= très désintéressé(e)
9= non évaluable (ou ne travaille pas)

Sources de revenus - Ligne 13

- *Quelle était votre principale source de revenu durant les 2 derniers mois?*

Ligne 13: source de revenus

1= ses propres gains
2= gains de son conjoint
3= pension, prêt, intérêts ou dividendes, assurance-chômage
4= revenus de quelqu'un d'autre, conjoint excepté
5= bien-être social

Performance financière - Ligne 14

- Durant les 2 derniers mois, avez-vous eu suffisamment d'argent pour les dépenses essentielles, i.e. le loyer, la nourriture et les comptes?
- Est-ce qu'il vous reste de l'argent pour autre chose?

Si non:
- Pouvez-vous emprunter ou trouvez-vous le moyen d'obtenir de l'argent d'une autre façon?
- QA *- Avez-vous eu besoin d'utiliser vos économies?*
- QA *- Avez-vous été obligé(e) de mettre de côté des choses importantes, comme aller chez le dentiste?*
- QA *- Avez-vous eu des ennuis avec le recouvrement de certaines factures?*
- QA *- Recevez-vous du bien-être social?*

Ligne 14: performance financière

1= fonds et réserves adéquats pour les obligations encourues et pouvoir d'achat conservé
2= fonds et réserves adéquats mais pouvoir d'achat limité
3= fonds et réserves disponibles seulement pour les obligations encourues
4= fonds et réserves plutôt inadéquats pour les obligations encourues
5= fonds et réserves tout à fait inadéquats pour les obligations encourues

Section II: VIE À LA MAISON

Personne significative (PS) à la maison - Lignes 15 à 20

- Maintenant, nous aimerions parler des gens qui vivent avec vous à la maison; cela veut dire ...? (PS).
- QA *- Quand vous êtes à la maison, généralement, qui d'autre est là?*
- QA *- Qui passe le plus de temps avec vous?*

LES QUESTIONS CONCERNENT LE CONJOINT SI:

- LE SUJET VIT AVEC SON CONJOINT OU SON AMI(E)
- LE SUJET EST SÉPARÉ MAIS GARDE UN CONTACT RÉGULIER ET UNE RELATION CONSISTANTE AVEC SON CONJOINT.

S'IL N'Y A PAS DE CONJOINT ET S'IL Y A PLUS D'UNE PERSONNE ADULTE À LA MAISON, IDENTIFIEZ LA PERSONNE AVEC QUI LE SUJET A LA RELATION LA PLUS IMPORTANTE, LA MOINS DISTANTE. NE CHOISISSEZ PAS DES ENFANTS MINEURS OU DES ANIMAUX.

Ligne 15: personne significative

1= conjoint ou partenaire
2= mère
3= père
4= frère ou soeur
5= beau-frère ou belle-soeur
6= autre parent
7= enfant majeur
8= PS n'est pas un parent
9= pas de PS à la maison

Tensions - Ligne 16

- Durant les 2 derniers mois, est-ce que vous vous êtes bien entendu avec (PS)?
- Est-ce qu'il y a des choses que (PS) fait qui vous dérangent ou vous mettent en colère?

Si oui:
- Avez-vous gardé vos sentiments pour vous?
- Est-ce que (PS) savait que vous étiez bouleversé(e)?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites qui dérangent (PS) ou (la) mettent en colère?
- Est-ce que vous vous obstinez beaucoup avec (PS)?
- QA *- Est-ce qu'il y a des désaccords évidents entre vous?*
- QA *- Est-ce arrivé souvent?*
- QA *- Quelle était la gravité de ces désaccords?*
- Est-ce qu'il vous arrive d'éviter (PS) parce que vous savez que vous allez commencer à vous disputer?

ÉVALUEZ LE COMPORTEMENT MANIFESTÉ, INCLUANT LES ARGUMENTATIONS, LES CONTRARIÉTÉS FLAGRANTES, LE RETRAIT.

Ligne 16: tensions

1= pas de tensions et relations harmonieuses
2= tensions mineures mais pas d'évitement
3= quelques tensions et / ou réduit certains contacts
4= tensions modérées et / ou réduit de nombreux contacts
5= tensions très grandes ou évite (PS) ou (l'S) l'évite
9= pas de PS

Capacité d'adaptation - Ligne 17

- Habituellement, quand vous et (PS) avez un désaccord, lequel des deux cède;
- Qui fait valoir son point de vue?
- QA *- Pouvez-vous me donner un exemple?*
- Quand vous n'êtes pas d'accord avec (PS), est-ce que vous comprenez quand même son point de vue?

- Quel genre de choses rendent (PS) heureux(se)?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour améliorer votre entente avec (PS)?
- QA *- Pouvez-vous me donner un exemple?*

Ligne 17: capacité d'adaptation

1= conscient(e) et empathique face aux besoins et désirs de l'autre
2= conscient(e) des besoins et désirs de l'autre mais capacité d'empathie limitée
3= fait preuve d'une conscience limitée des besoins et désirs de l'autre et d'une capacité d'empathie limitée
4= fait preuve d'une conscience limitée des besoins et désirs de l'autre et d'une absence d'empathie
5= n'est pas conscient(e) des désirs et besoins de l'autre et ne montre pas d'empathie
9= pas de PS

Communication - Ligne 18

- Durant les 2 derniers mois, avez-vous été capable de parler avec facilité à (PS)?
- De quel genre de choses parlez-vous?
- Quand, pour la dernière fois, avez-vous parlé de vos sentiments et de vos problèmes?
- QA *- De quoi avez-vous parlé?*
- QA *- Pouvez-vous me donner un exemple?*
- QA *- Est-ce qu'il y a des choses que vous trouvez difficiles à dire?*
- QA *- Est-ce différent de ce qui se passe habituellement?*
- QA *- Avez-vous l'impression qu'il y a des choses dont vous devriez parler mais que vous ne dites pas?*

Ligne 18: communication

1= peut presque toujours parler de ses sentiments et problèmes quand cela est approprié
2= peut habituellement parler de ses sentiments et problèmes quand cela est approprié
3= peut parfois et parfois ne peut pas parler de ses sentiments et problèmes quand cela est approprié
4= d'habitude, ne peut parler de ses sentiments et problèmes quand cela est approprié
5= ne peut presque jamais parler de ses sentiments et problèmes quand cela est approprié
9= pas de PS

Autonomie - Ligne 19

- Durant les 2 derniers mois, i.e. depuis (date), est-ce que (PS) a eu recours à votre aide ou à vos conseils?
- QA *- Pour quel genre de choses (PS) avait-il (elle) besoin d'aide?*
- Est-ce que vous avez eu recours à l'aide de (PS) ou à ses conseils?
- QA *- Pour quel genre de choses avez-vous demandé son aide?*
- Durant les 2 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous compté sur (PS) quand les choses allaient mal ou quand vous étiez bouleversé(e)?

SPÉCIFIEZ LE GENRE ET LA NATURE DES BESOINS D'ASSISTANCE:

POUR LES FEMMES:
SE FAIRE CONDUIRE, LE MAGASINAGE, L'ARGENT, LES ENFANTS, LE TRAVAIL, LES RÉPARATIONS MINEURES

POUR LES HOMMES:
L'ARGENT, SE FAIRE CONDUIRE, L'ENTRETIEN ET LES RÉPARATIONS DE LA MAISON

ÉVALUEZ LE COMPORTEMENT ET NON LES ÉMOTIONS.

Ligne 19: Autonomie

1= indépendant(e), ne reçoit pas d'aide
2= indépendant(e) et reçoit de l'aide
3= dépendant(e) et reçoit beaucoup d'aide
4= dépendant(e) et reçoit peu d'aide
5= dépendant(e) mais ne reçoit pas d'aide
9= pas de (PS)

Sentiments exprimés - Affection - Ligne 20

- *Durant les 2 derniers mois, quelle sorte de sentiment avez-vous éprouvé envers (PS)?*
- QA - *Vous sentez-vous bien disposé(e) envers (PS)?*
- QA - *Est-ce qu'il(elle) vous déplaît?*
- QA - *Est-ce que vous vous préoccupez de lui(elle) même si vous ne vous entendez pas bien?*

ÉVALUEZ LES ÉMOTIONS DU SUJET ET NON LES MÉSENTENTES.

Ligne 20: émotions exprimées, affection

1= aime la plupart du temps
2= partagé, aime et n'aime pas de façon égale
3= indifférent(e)
4= semble plutôt ne pas aimer
5= n'aime pas la plupart du temps
9= pas de PS

Ajustement sexuel conjugal - Lignes 21 à 24

SI PS N'EST PAS LE CONJOINT, PASSEZ À LA LIGNE 25.

Contrôle des naissances - Ligne 21

- *Durant les 2 derniers mois, est-ce que vous et votre (conjoint) utilisiez une méthode contraceptive?*

Si oui:
- *Quelle méthode avez-vous utilisée?*

Ligne 21: contrôle des naissances

1= ligature de trompes, vasectomie, stérilet
2= pilule anticonceptionnelle
3= diaphragme, condom, mousse ou gelée contraceptive
4= méthode du calendrier, méthodes d'efficacité moindre ou ce que le sujet considère être une méthode contraceptive
5= aucune méthode
6= n'est plus fertile (âge, stérilisation chirurgicale, hystérectomie)
9= ne s'applique pas

Activités sexuelles - Lignes 22, 23, 24

- *Étiez-vous intéressé(e) à avoir des relations sexuelles durant les 2 derniers mois?*

ÉVALUEZ LES ÉMOTIONS DU SUJET.

POUR UN SUJET COMPLETEMENT INACTIF SEXUELLEMENT DURANT CETTE PÉRIODE, ÉVALUEZ SUR LA SEULE BASE DE SON INTÉRET.

Si oui:
- *Était-ce satisfaisant pour vous?*
- *Avez-vous eu des problèmes?*
- QA - *Dans quelle mesure était-ce sérieux selon vous?*
- *Durant les 2 derniers mois, à peu près combien de fois avez-vous eu des (relations sexuelles)?*
- QA - *Est-ce nouveau pour vous?*
- QA - *Était-ce moins fréquent quand vous étiez préoccupé(e) ou que vous ne vous entiez pas bien?*

Si non:
- *Qu'est-ce qui semble être le problème?*
- QA - *Avez-vous eu des problèmes à initier le contact, à intéresser votre conjoint, manquez-vous d'intérêt?*
- *Est-ce qu'il y a eu des changements dans la fréquence de vos relations sexuelles au cours des 2 derniers mois?*

Ligne 22: intérêt

1= agréable et / ou intérêt manifesté de façon active
2= souvent agréable et / ou souvent intéressé(e)
3= passable et / ou indifférent(e), pas intéressé(e)
4= souvent désagréable et / ou généralement pas intéressé(e)
5= désagréable et / ou aucun intérêt
9= PS n'est pas le conjoint (ou pas de PS)

Ligne 23: problèmes

1= presque jamais de problèmes
2= parfois a des problèmes et / ou rencontre des difficultés
3= souvent a des problèmes et / ou rencontre des difficultés
4= très souvent a des problèmes ou rencontre des difficultés
5= presque toujours a des problèmes et rencontre des difficultés
9= PS n'est pas le conjoint (ou pas de PS)

Ligne 24: fréquence

1= en moyenne plus d'une fois par semaine
2= en moyenne une fois par semaine
3= en moyenne environ 2 fois par mois
4= en moyenne pas plus d'une fois par mois
5= pas du tout
9= PS n'est pas le conjoint (ou pas de PS)

Rôle de parent - Lignes 25 à 28

- Avez-vous des enfants?
- Avez-vous des enfants qui vivent dans une famille d'accueil?
- Quels sont leurs noms et leurs âges?
- Est-ce qu'ils vivent à la maison avec vous en ce moment?
- Quel genre d'activités avez-vous fait avec les enfants au cours des 2 derniers mois? Commençons par (nom).

CES QUESTIONS S'APPLIQUENT À TOUS LES ENFANTS QUI VIVENT À LA MAISON, AUX DÉPENDANTS ET AUX MINEURS (MOINS DE 18 ANS), MEME S'ILS VIVENT À L'EXTÉRIEUR EN FOYER D'ACCUEIL.

POSEZ LES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT EN LE NOMMANT ET FAITES ENSUITE LA MOYENNE POUR OBTENIR UNE ÉVALUATION.

N'ÉVALUEZ PAS UN ENFANT CONSIDÉRÉ COMME PS.

S'IL N'Y A PAS D'ENFANT:
PASSEZ À LA LIGNE 29.

POUR LES ENFANTS D'AGE PRÉ-SCOLAIRE:
QUESTIONNEZ AU SUJET DES ACTIVITÉS DE JEUX, L'APPRENTISSAGE PRÉ-SCOLAIRE, LES SOINS PHYSIQUES ET CORPORELS.

POUR LES ENFANTS PLUS VIEUX:
QUESTIONNEZ AU SUJET DES PROGRES SCOLAIRES, DES INTÉRETS, DES AMIS, DU TRAVAIL.

ÉVALUEZ L'INTÉRET MANIFESTÉ ET L'IMPLICATON ÉMOTIVE, DE MEME QU'UNE CONNAISSANCE ET UN SOUCI AU-DELÀ DES SOINS MINIMAUX.

Ligne 25: implication

1= implication active et participation à la vie des enfants
2= plutôt actif(ve) dans son implication et sa participation
3= peu de participation active mais connaissance et intérêt raisonnables au sujet des enfants
4= pas de participation mais montre connaissance et intérêt au sujet des enfants
5= pas de participation et montre seulement connaissance et intérêt minimaux
9= pas d'enfant

Frictions - Ligne 26

- *Durant les 2 derniers mois, comment vous entendiez-vous avec (noms)?*
- QA - *Est-ce qu'(il / elle) vous a causé des ennuis?*
- QA - *Avez-vous eu besoin de le / la punir beaucoup?*
- QA - *Avez-vous perdu patience?*
- QA - *Pouvez-vous donner un exemple?*

ÉVALUEZ EN FONCTION DU NOMBRE DES INCIDENTS, DE LA QUANTITÉ DE DÉSACCORDS, DE LA FRÉQUENCE ET DE LA SÉVÉRITÉ DES SANCTIONS IMPOSÉES, Y COMPRIS LA FROIDEUR, LA DISTANCE ET LA TENSION.

Ligne 26: frictions

1= relations harmonieuses et intimes
2= un peu de tension et / ou de distance
3= tensions et / ou distance modérée
4= tensions et / ou distance très marquée
5= tensions continuelles et / ou les enfants l'évitent complètement
9= pas d'enfant

Communication - Ligne 27

- *Avez-vous été capable de parler avec facilité avec (noms)?*
- *Comment pouvez-vous dire que quelque chose d'important ou de dérangeant est arrivé à un des enfants?*
- *Est-ce qu'(il / elle) vient vous voir avec ses problèmes?*
- QA - *Pouvez-vous donner un exemple depuis (date)?*

ÉVALUEZ CHAQUE ENFANT SÉPARÉMENT ET FAITES LA MOYENNE.

CONSIDÉREZ L'AGE DE L'ENFANT POUR DÉTERMINER UNE COMMUNICATION APPROPRIÉ, TANT VERBALE QUE NON VERBALE.

COMMUNICATON VERBALE:
DISCUSSION DE SENTIMENTS, PROBLEMES ET NON PAS SEULEMENT LE RACONTAGE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES.

COMMUNICATION NON VERBALE:
CONSCIENCE ET EXPRESSION DES HUMEURS ET BESOINS DE L'ENFANT.

Ligne 27: communication

1= presque toujours capable d'identifier et de répondre aux besoins et humeurs des enfants et / ou de parler aisément avec eux
2= habituellement capable
3= parfois capable
4= rarement capable
5= presque jamais capable
9= pas d'enfant

Sentiments exprimés - Ligne 28

- La plupart des parents se fâchent à l'occasion contre leurs enfants, de sorte que leurs sentiments envers eux varient. Considérant ce que vous m'avez dit au sujet des enfants, quels ont été vos sentiments envers eux au cours des 2 derniers mois?
- QA *- Avez-vous parfois souhaité qu'ils ne soient pas là ou qu'ils ne vivent pas avec vous?*

Si l'enfant ne vit pas à la maison:
- QA *- Avez-vous souhaité ne pas être impliqué(e) avec (nom)?*

Ligne 28: sentiments exprimés

1= aime les enfants presque tout le temps
2= aime les enfants la plupart du temps
3= ambivalent(e) ou aime et n'aime pas les enfants de façon égale
4= n'aime pas les enfants la plupart du temps
5= n'aime pas les enfants presque tout le temps
9= pas d'enfant

Préoccupations concernant les membres de la maison - Lignes 29 à 31

ÉVALUEZ LES TROIS PROCHAINS ITEMS POUR TOUS LES MEMBRES DE LA MAISON. INCLURE LE CONJOINT ET / OU LES ENFANTS DÉPENDANTS, MEME S'ILS VIVENT À L'EXTÉRIEUR.

LES POINTS DE L'ÉCHELLE POUR LES TROIS ITEMS COMPRENNENT À LA FOIS L'INTENSITÉ ET LA FRÉQUENCE. COTEZ EN FONCTION DE LA PLUS GRANDE IMPUISSANCE: E.G. PRÉOCCUPATION MODÉRÉE TOUT LE TEMPS OU
PRÉOCCUPATION INTENSE À L'OCCASION SE COTENT TOUS LES DEUX À "5".

Se sentir tracassé(e) - Ligne 29

- Durant les 2 derniers mois, vous êtes-vous préoccupé(e) de ce qui arrivait (aux membres de la famille)?
- QA *- Est-ce que quelqu'un vous a causé beaucoup de soucis?*
- QA *- Quel genre de choses vous préoccupaient?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS.

Ligne 29: se sentir tracassé(e)

1= ne se sent presque jamais préoccupé(e)
2= se sent parfois / légèrement préoccupé(e)
3= se sent souvent / modérément préoccupé(e)
4= se sent d'habitude / de façon marquée préoccupé(e)
5= se sent presque toujours / extrêmement préoccupé(e)
9= personne d'autre à la maison

Sentiment de culpabilité - Ligne 30

- Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu l'impression que vous laissiez tomber (les membres de la maison)?
- QA *- De quelle manière (es) avez-vous laissé tomber?*
- QA *- Vous êtes-vous senti(e) mal à cause de cela?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS

Ligne 30: culpabilité

1= ne se sent presque jamais coupable
2= se sent coupable parfois / légèrement
3= se sent coupable souvent / modérément
4= se sent coupable habituellement / de façon marquée
5= se sent coupable presque toujours / extrêmement
9= personne d'autre à la maison

Sentiment d'être lésé(e) - Ligne 31

- Durant les 2 derniers mois, avez-vous eu l'impression que (les membres de la maison) vous laissaient tomber?
- QA *- Est-ce qu'(ils) vous ont traité(e) de façon injuste ou pas correcte?*
- QA *- De quelle façon vous ont-(ils) laissé(e) tomber)?*
- QA *- Vous êtes-vous senti(e) très amer(e)?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS

Ligne 31: se sentir lésé(e)

1= presque jamais senti(e) laissé(e) pour compte ou traité(e) de façon injuste
2= parfois / légèrement
3= souvent / modérément
4= d'habitude / de façon modérée
5= presque toujours / extrêmement
9= personne d'autre à la maison

Section III: FAMILLE ÉLARGIE

Jusqu'à maintenant, nous avons parlé de votre (famille) à la maison.

- Avez-vous d'(autres parents) qui ne vivent pas avec vous mais qui demeurent dans votre quartier?
- Y a-t-il quelqu'un d'autre qui n'habite pas le quartier mais avec qui vous êtes en contact?
- Avez-vous eu des nouvelles ou vu (votre parenté) au cours des 2 derniers mois?
- Avez-vous fait un effort pour entrer en contact avec (votre parenté) ou avez-vous attendu qu'(ils) le fassent?
- QA - *Habituellement, qui organise une rencontre?*
- QA - *Est-ce qu'il y a quelqu'un que vous avez évité de voir?*

POUR CHAQUE ITEM, SPÉCIFIEZ POUR CHACUNE DES PERSONNES SUIVANTES HABITANT LE QUARTIER OU AVEC QUI LE SUJET EST EN CONTACT:

PERE - MERE,
FRERES ET SOEURS,
BEAUX-FRERES ET BELLES-SOEURS,
ENFANTS ADULTES,
AUTRES PARENTS.

Tensions - Ligne 32

- Comment vous entendiez-vous avec (votre parenté)?
- Est-ce qu'il y a des choses qu'(ils) font qui vous dérangent ou vous mettent en colère?

Si oui:
- Avez-vous gardé vos sentiments pour vous?
- Est-ce qu'(ils) savaient que vous étiez bouleversé(e)?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites qui (les) dérangent ou (les) mettent en colère?
- Est-ce que vous vous obstinez beaucoup avec eux?
- QA - *Est-ce qu'il y a eu des désaccords évidents entre vous?*
- QA - *Est-ce arrivé souvent?*
- QA - *Quelle était la gravité de ces désaccords?*
- Est-ce qu'il y a quelqu'un que vous évitez parce que vous savez que vous allez commencer à vous disputer?
- Maintenant, qu'en est-il de (autre parent)?

POSEZ CES QUESTIONS POUR CHACUN DES PARENTS EN L'IDENTIFIANT PAR SON NOM.

ÉVALUEZ LE COMPORTEMENT MANIFESTÉ INCLUANT LES DÉSACCORDS, LES CONTRARIÉTÉS FLAGRANTES, LE RETRAIT.

Ligne 32: tensions

1= pas de tension et relations harmonieuses
2= tensions mineures mais pas d'évitement
3= quelques tensions et / ou réduit certains contacts
4= tensions modérées et / ou réduit de nombreux contacts
5= tensions très grandes ou évite les autres ou est évité(e) par les autres
9= pas de parents à évaluer

Autonomie - Ligne 33

- *Est-ce que (votre parenté) a recours à votre aide ou à vos conseils?*
- QA - *Pour quel genre de choses avaient-ils besoin d'aide: pour garder, pour les aider autour de la maison, pour autre chose?*
- QA - *Avaient-ils besoin de support émotif?*
- *Est-ce que vous dépendez d'eux pour avoir de l'aide ou des conseils?*
- QA - *Pour quel genre de choses avez-vous eu besoin d'aide: pour garder, pour vos déplacements, pour trouver un emploi, pour du support financier?*

Ligne 33: autonomie

1= indépendant, ne reçoit pas d'aide
2= indépendant et reçoit de l'aide
3= dépendant et reçoit beaucoup d'aide
4= dépendant et reçoit un peu d'aide
5= dépendant et ne reçoit pas d'aide
9= pas de parenté

Préoccupations - Lignes 34, 35, 36

LES POINTS DE L'ÉCHELLE POUR LES TROIS ITEMS DE CETTE SECTION INCLUENT À LA FOIS L'INTENSITÉ ET LA FRÉQUENCE. COTEZ EN FONCTION DE LA PLUS GRANDE IMPUISSANCE: E.G.
PRÉOCCUPATION MODÉRÉE TOUT LE TEMPS OU
PRÉOCCUPATION INTENSE À L'OCCASION SE COTENT TOUS LES DEUX À "5".

Se sentir tracassé(e) - Ligne 34

- *Durant les 2 derniers mois, vous êtes-vous fait du souci pour ce qui arrivait à (votre parenté)?*
- QA - *Est-ce que quelqu'un vous a causé beaucoup de soucis?*
- QA - *Quel genre de choses vous préoccupaient?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS.

Ligne 34: se sentir tracassé(e)

1= ne se sent presque jamais préoccupé(e)
2= se sent parfois / légèrement préoccupé(e)
3= se sent souvent / modérément préoccupé(e)
4= se sent d'habitude / de façon marquée préoccupé(e)
5= se sent presque toujours / extrêmement préoccupé(e)
9= pas de parenté

Sentiment de culpabilité - Ligne 35

- Au cours des 2 derniers mois, avez-vous eu l'impression que vous laissiez tomber (votre parenté)?
- QA *- De quelle manière (les) avez-vous laissé tomber?*
- QA *- Vous êtes-vous senti(e) mal à cause de cela?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS

Ligne 35: culpabilité

1= ne se sent presque jamais coupable
2= se sent coupable parfois / légèrement
3= se sent coupable souvent / modérément
4= se sent coupable habituellement / de façon marquée
5= se sent coupable presque toujours / extrêmement
9= pas de parenté

Sentiment d'être lésé(e) - Ligne 36

- Durant les 2 derniers mois, avez-vous eu l'impression que (votre parenté) vous laissait tomber?

- QA *- Est-ce qu'(ils) vous ont traité(e) de façon injuste ou pas correcte?*
- QA *- Vous êtes-vous senti(e) très amer(e)?*

Ligne 36: se sentir lésé(e)

1= presque jamais senti(e) laissé(e) pour compte ou traité(e) de façon injuste
2= parfois / légèrement
3= souvent / modérément
4= d'habitude / de façon modérée
5= presque toujours / extrêmement
9= pas de parenté

SECTION IV: LOISIRS SOCIAUX

Activités récréatives - Ligne 37

- *Quel genre de choses faites-vous durant vos temps libres?*
- QA - *Avez-vous des "hobbies" ou des choses que vous aimez beaucoup comme le sport, des activités politiques, le jardinage, une cuisine spéciale, un programme de télévision préféré, une rubrique dans une revue?*
- QA - *Pourriez-vous m'en parler?*
- *Qu'est-ce que vous avez fait par rapport à cela au cours des 2 derniers mois?*

Ligne 37: activités récréatives

1= bien développé, intérêts ou activités spécifiques / participe plus d'une fois par semaine
2= intérêts et activités définis / alloue régulièrement du temps mais moins fréquemment
3= certains intérêts spécifiques mais l'activité est irrégulière
4= certains intérêts superficiels, programme de télévision ou revue préférée
5= absence d'intérêts ou d'activités spécifiques e.g. écoute n'importe quoi à la télévision

Relations sociales - Lignes 38 à 41

- *Avez-vous eu l'occasion de sortir avec vos amis ou votre famille?*
- QA - *Comme aller au cinéma, dans un restaurant ou dans un autre endroit où vous voyez des gens que vous connaissez?*
- QA - *Avez-vous invité des gens à venir chez vous?*
- *Combien de fois durant les 2 derniers mois avez-vous fait (les activités mentionnées)?*
- *Avec qui avez-vous fait (les activités mentionnées)?*
- *Organisez-vous habituellement vos activités ou est-ce que quelqu'un vous demande généralement de l'accompagner?*
- *Etes-vous porté(e) à vous mêler aux conversations ou plutôt à rester tranquille?*

INCLURE LES VISITES AUX AMIS, SORTIR EN COMPAGNIE DES AUTRES COMPRENANT LE CINÉMA, LES ÉVÉNEMENTS SPORTIFS, LE RESTAURANT, LES BARS, LE MAGASINAGE, JOUER AUX CARTES, LES "PARTIES", LES RÉUNIONS SOCIALES.

INCLURE L'ASSISTANCE À L'ÉGLISE SI LE SUJET SOCIALISE EN Y ALLANT.

Ligne 38: fréquence

1= en moyenne plus d'une fois par semaine
2= en moyenne une fois par semaine
3= en moyenne environ 2 fois par mois
4= en moyenne pas plus d'une fois par mois
5= pas plus d'une fois durant 2 mois

Ligne 39: degré d'activité

1= participe activement avec les autres et / ou initie les contacts
2= participe parfois avec les autres et / ou initie les contacts
3= répond aux contacts initiés par les autres
4= répond parfois aux contacts initiés par les autres
5= complètement passif(ve) / n'interagit pas avec les autres même en situation de groupe
9= complètement inactif(ve)

Les obstacles - Ligne 40 - A ÉVALUER AU BESOIN

- QA - *Considérant ce que vous m'avez dit au sujet de ce que vous (faites / ne faites pas), rencontrez-vous des problèmes qui vous empêche de sortir ou de rencontrer des gens?*

- QA - *Est-ce que vous sortiriez davantage si vous aviez un moyen de transport, si l'argent n'était pas un problème, s'il y avait quelqu'un pour vous accompagner, si vous ne travailliez pas si fort?*

ÉVALUEZ LES ÉMOTIONS.

INCLURE LES FACTEURS ÉCONOMIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX: E.G. PAS D'ARGENT, PAS DE MOYEN DE TRANSPORT, PAS D'AMIS OU DE FAMILLE, RAISONS LIÉES AU TRAVAIL

Ligne 40: les obstacles

1= obstacles extérieurs nombreux et réalistes qui empêchent les contacts sociaux
2= plusieurs obstacles extérieurs réalistes
3= quelques obstacles extérieurs réalistes
4= très peu d'obstacles extérieurs réalistes
5= pas d'obstacles extérieurs réalistes

Confort social - Ligne 41

- *Est-ce que vous prenez plaisir à être avec les gens?*

Si absence de contact:
- *Si vous devez être avec des gens, est-ce que vous y prenez plaisir?*
- QA - *Vous sentez-vous parfois mal à l'aise ou inconfortable?*

- QA - *Qu'est-ce que vous aimez le plus quand vous êtes avec des gens?*
- QA - *Qu'est-ce que vous aimez le moins?*
- QA - *Est-ce que vous aviez hâte de partir ou d'être seul(e) quand vous étiez avec les autres?*

ÉVALUEZ LE CONFORT SOCIAL POUR TOUS LES SUJETS, QU'IL Y AIT OU NON DES CONTACTS.

Ligne 41: confort social

1= a des contacts et est rarement mal à l'aise
2= a des contacts et est parfois mal à l'aise
3= a des contacts et est souvent mal à l'aise ou n'a pas de contact mais n'anticipe pas d'inconfort
4= n'a pas de contact et anticipe un certain inconfort
5= n'a pas de contact et anticipe un inconfort très prononcé

Amis - Lignes 42 à 45

Nous avons parlé de votre famille et de ce que vous faites durant vos temps libres. Maintenant, pouvez-vous me parler de vos amis? Il ne s'agit pas de votre famille, ni de votre ami(e) de coeur, mais de n'importe quel(le) autre ami(e) à qui vous vous intéressez ou dont vous vous préoccupez.

- Avez-vous vu ou avez-vous été en contact soit par téléphone ou par lettre avec n'importe lequel de vos amis(es)au cours des 2 derniers mois?
- Qui est-ce?

SI LE SUJET DEMANDE UNE DÉFINITION D'UN "AMI": QUELQU'UN QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME UN AMI.

Ligne 42: amis

1= en moyenne plus d'une fois par semaine
2= en moyenne une fois par semaine
3= en moyenne environ 2 fois par mois
4= en moyenne pas plus d'une fois par mois
5= pas plus d'une fois au cours des 2 derniers mois (ou jamais)

Communications - Ligne 43

- Avez-vous été capable de parler avec facilité à un(e) ami(e)?
- De quel genre de choses parlez-vous?
- QA - *Pouvez-vous parler de vos sentiments et de vos problèmes?*
- QA - *Est-ce qu'il y a des choses que vos trouvez difficiles à dire?*
- QA - *Est-ce différent de ce qui se passe habituellement?*
- QA - *Avez-vous l'impression qu'il y a des choses dont vous devriez parler mais que vous ne dites pas?*

Ligne 43: communication

1= parle presque toujours aisément avec au moins une personne
2= parle habituellement aisément avec au moins une personne
3= parle parfois aisément, parfois non
4= ne parle habituellement pas aisément
5= ne parle presque jamais
9= pas de contact

Tensions - Ligne 44

- Est-ce que vous et (vos ami(e)s) vous êtes bien entendus(es) au cours des 2 derniers mois?
- Est-ce qu'il y a des choses qu'(ils / elles) font qui vous dérangent ou vous mettent en colère?

Si oui:
- Avez-vous gardé vos sentiments pour vous?
- Est-ce que l'autre personne savait que vous étiez bouleversé(e)?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites qui (les) dérangent ou (les) mettent en colère?
- Est-ce que vous vous obstinez ou vous chicanez beaucoup avec (eux)?
- QA - *Est-ce qu'il y a eu des désaccords évidents entre vous?*
- QA - *Est-ce arrivé souvent?*
- QA - *Quelle était la gravité de ces désaccords?*
- Est-ce qu'il y a quelqu'un que vous évitez parce que vous savez que vous allez commencer à vous disputer?
- Maintenant, qu'en est-il de (autre ami)?

ÉVALUEZ LE COMPORTEMENT MANIFESTÉ INCLUANT LES ARGUMENTATIONS, LES CONTRARIÉTÉS FLAGRANTES, LE RETRAIT.

S'IL N'Y A PAS DE CONTACT, COTEZ À "5".

Ligne 44: tensions

1= pas de tension et relations harmonieuses
2= tensions mineures mais pas d'évitement
3= quelques tensions et / ou réduit certains contacts
4= tensions modérées et / ou réduit de nombreux contacts
5= tensions très grandes ou évite / est évité(e) par les autres

Sensibilité - Ligne 45

- Est-ce qu'un de vos amis vous a fâché(e) ou fait de la peine au cours des 2 derniers mois?
- QA - *Qu'est-ce qui est arrivé?*

Si oui:
- Avez-vous été capable de passer par dessus cela?

POUR TOUS LES SUJETS:

- Est-ce qu'il est arrivé quelque chose dans le passé que vous n'avez pas encore réussi à oublier?

Ligne 45: sensibilité

1= ne s'est pas senti(e) blessé(e) ou fâché(e)
2= s'est senti(e) blessé(e) ou fâché(e) une fois ou 2 mais s'en est remis rapidement
3= s'est senti(e) blessé(e) ou fâché(e) une fois ou 2 mais s'en est remis difficilement
4= s'est senti(e) blessé(e) ou fâché(e) fréquemment - ou bien blessé(e) et peut ou non s'en être remis(e)
5= s'est senti(e) blessé(e) ou fâché(e) de façon typique au cours des 2 derniers mois

Implication sentimentale - Lignes 46, 47, 48

POUR CEUX ET CELLES QUI ONT UN CONJOINT, PASSEZ À LA LIGNE 53.
LES TROIS QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT À CEUX ET CELLES (CÉLIBATAIRES, DIVORCÉS, SÉPARÉS, VEUFS) POUR LESQUELS LES QUESTIONS SUR L'AJUSTEMENT SEXUEL (Lignes 21 à 24) N'ONT PAS ÉTÉ COMPLÉTÉES.

Interactions - Lignes 46,47,48

- Au cours des 2 derniers mois, étiez-vous intéressé(e) à quelqu'un (un(e) ami(e), une blonde, un chum) ou quelqu'un que vous venez tout juste de rencontrer?

Si oui:
- Est-ce que vous (l)'avez vu(e) souvent?
- QA *- Est-ce qu'il y a quelqu'un d'autre que vous avez vu(e)?*
- QA *- L'avez-vous vu(e) souvent?*
- Avez-vous eu du plaisir quand vous étiez ensemble?
- Y a-t-il eu des problèmes?
- QA *- La séparation est-elle un problème?*
- QA *- Dans quelle mesure est-ce sérieux pour vous?*

Si non:
- Est-ce que vous aimeriez à rencontrer quelqu'un?
- Est-ce qu'il y a un problème à rencontrer quelqu'un?
- QA *- La séparation est-elle un problème?*

Ligne 46: nombre de contacts, fréquence

1= en moyenne plus d'une fois par semaine
2= en moyenne une fois par semaine
3= en moyenne environ 2 fois par mois
4= en moyenne pas plus d'une fois par mois
5= pas plus d'une fois durant 2 mois
9= non évaluable

Ligne 47: intérêt

1= les contacts sont presque toujours agréables et / ou est activement intéressé(e) à avoir des contacts
2= les contacts sont souvent agréables et / ou est souvent intéressé(e)
3= tolérables et / ou indifférent(e)
4= souvent désagréables et / ou généralement pas intéressé(e)
5= les contacts sont presque toujours désagréables et / ou manque d'intérêt à en avoir
9= non évaluable

Ligne 48: problèmes

1= n'a presque jamais de problème à rencontrer ou à maintenir les contacts
2= a parfois des problèmes
3= a souvent des problèmes
4= a très souvent des problèmes
5= a presque toujours des problèmes à rencontrer ou à maintenir les contacts
9= non évaluable

Ajustement sexuel non conjugal - Lignes 49 à 52

- Étiez-vous intéressé(e) à avoir des relations sexuelles au cours des 2 derniers mois?

POUR TOUS LES SUJETS

- Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 2 derniers mois?

Si oui:
- Combien de fois cela est-il arrivé?
- QA *- Est-ce nouveau pour vous?*
- QA *- Était-ce moins fréquent quand vous étiez préoccupé(e) ou que vous ne vous sentiez pas bien?*
- Était-ce satisfaisant pour vous?
- Avez-vous rencontré des difficultés?
- QA *- Dans quelle mesure était-ce sérieux selon vous?*
- Avez-vous utilisé une méthode contraceptive au cours des 2 derniers mois?

Si non:
- Est-ce que vous ressentez une difficulté quelconque?
- Est-ce nouveau pour vous de ne pas avoir de relations sexuelles?

ÉVALUEZ LES ÉMOTIONS.

POUR UN SUJET COMPLÈTEMENT INACTIF SEXUELLEMENT DURANT CETTE PÉRIODE, ÉVALUEZ SUR LA SEULE BASE DE SON INTÉRET (LIGNE 49).

Ligne 49: intérêt

1= agréable et / ou activement intéressé(e)
2= souvent agréable et / ou souvent intéressé(e)
3= tolérable et / ou indifférent(e), pas intéressé(e)
4= souvent désagréable et / ou généralement pas intéressé(e)
5= désagréable et / ou aucun intérêt
9= ne s'applique pas

Ligne 50: problème

1= presque jamais de problèmes
2= a parfois des problèmes et / ou rencontre des difficultés
3= a souvent des problèmes et / ou rencontre des difficultés
4= a très souvent des problèmes ou rencontre des difficultés
5= a presque toujours des problèmes et rencontre des difficultés
9= ne s'applique pas

Ligne 51: fréquence

1= en moyenne plus d'une fois par semaine
2= en moyenne une fois par semaine
3= en moyenne environ 2 fois par mois
4= en moyenne pas plus d'une fois par mois
5= pas du tout
9= ne s'applique pas

Ligne 52: contrôle des naissances

1= ligature de trompes, vasectomie, stérilet
2= pilule anticonceptionnelle
3= diaphragme, condom, mousse ou gelée contraceptive
4= méthode du calendrier, méthodes d'efficacité moindre ou ce que le sujet considère être une méthode contraceptive
5= aucune méthode
6= n'est plus fertile (âge, stérilisation chirurgicale, hystérectomie)
9= ne s'applique pas

Section V: BIEN-ÊTRE PERSONNEL

Santé physique et soins - Ligne 53

- *Comment va votre santé physique depuis (date)?*
- *Avez-vous pris soin de vous?*
- QA - *Comme manger régulièrement, prendre suffisamment de sommeil, de l'exercice, vérifications physiques et dentaire?*
- *Avez-vous des problèmes avec (une condition médicale chronique)?*

Ligne 53: santé physique

1= essaie de maintenir une santé optimale
2= préoccupation de santé modérée mais ne fait pas tout ce qui est possible
3= pas de négligence apparente mais pas de préoccupation au sujet de sa santé
4= quelques signes ou rapports d'une santé négligée
5= nombreux signes ou rapports d'une santé négligée

Apparence personnelle et entretien - Ligne 54 - A ÉVALUER AU BESOIN

- *Est-ce que quelqu'un vous aide à choisir vos vêtements?*

- QA - *Qui voit à ce que vous ayez des vêtements propres?*
- QA - *Est-ce que (quelqu'un) sort vos vêtements le matin?*

ÉVALUEZ SELON L'APPARENCE ET LE SOUCI APPARENT.

Ligne 54: apparence personnelle

1= particulièrement bien mis(e)
2= raisonnablement de bon goût, propre et approprié(e)
3= apparence raisonnable mais la responsabilité est assumée par quelqu'un d'autre
4= quelques signes de négligence ou apparence bizarre ou inappropriée
5= dépeigné(e), sale, signes de négligence très prononcée

Solitude - Ligne 55

- *Vous êtes-vous senti(e) isolé(e) au cours des 2 derniers mois?*
- QA - *Vous êtes-vous senti(e) retranché(e) ou mis(e) à l'écart par votre famille ou vos ami(e)s?*
- QA - *Est-ce qu'il y a eu des moments où vous auriez souhaité(e) être plus près d'un(e) certain(e) ami(e) ou de quelqu'un de la famille?*
- QA - *Vous sentez-vous seul(e)même quand il y a des gens autour de vous?*

ÉVALUEZ LES SENTIMENTS.

Ligne 55: solitude

1= ne s'est pas senti(e) isolé(e)
2= s'est senti(e) un peu isolé(e) quelques fois
3= s'est senti(e) un peu isolé(e) fréquemment
4= s'est senti(e) très isolé(e) à l'occasion ou fréquemment
5= se sent complètement seul(e) (même en présence des autres)

Auto-appréciation - Ligne 56

Si vous regardez comment, en général, les choses se sont passées pour vous au cours des 2 derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e), content(e) ou heureux(se)?

Ligne 56: auto-appréciation

1= très heureux(se), satisfait(e), content(e)
2= plutôt heureux(se), satisfait(e), content(e)
3= indifférent(e) ou s'ennuie ou incapable d'exprimer ou de verbaliser ses sentiments ou sentiments changeants
4= plutôt malheureux(se), insatisfait(e), mécontent(e)
5= très malheureux(se), insatisfait(e), mécontent(e)

- *Merci beaucoup de votre collaboration.*
- *Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez me dire?*
- *Est-ce qu'il y a des questions que vous aimeriez me poser ?*

SCORES GLOBAUX

ÉVALUEZ LES ITEMS GLOBAUX IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ENTREVUE.

UTILISEZ TOUTE L'INFORMATION DISPONIBLE FOURNIE PAR LE SUJET AUTANT QUE L'INFORMATION QUI N'ÉTAIT PAS SPÉCIFIQUEMENT PERTINENTE AVEC DIFFÉRENTS ITEMS.

ÉVALUEZ RAPIDEMENT D'APRÈS VOS IMPRESSIONS GÉNÉRALES.

TENEZ COMPTE DES ASPECTS NON SPÉCIFIQUES DU COMPORTEMENT DU SUJET AU COURS DE L'ENTREVUE, I.E. INDICES NON VERBAUX, DÉNI SUSPECTÉ, MANQUE D'INSIGHT, ETC.

EN PORTANT VOS JUGEMENTS, COMPAREZ LE SUJET AUX NORMES ET STANDARDS DE LA COMMUNAUTÉ ET NON À CE QUE VOUS CONNAISSEZ DE SON AJUSTEMENT ANTÉRIEUR OU À D'AUTRES ANCIENS PATIENTS.

Ligne 57: Section I: **Travail**

CONSIDÉREZ LA CONSISTANCE ET L'EFFICACITÉ DE LA PERFORMANCE DE TRAVAIL EN RAPPORT AVEC L'ÉDUCATION, L'ENTRAÎNEMENT ET L'EXPÉRIENCE.

Ligne 58: Section II: **Vie à la maison**

CONSIDÉREZ LE DEGRÉ D'INTÉGRATION À LA MAISON EN TERMES DE SUPPORT MUTUEL, D'AFFECTION ET DE PARTICIPATION.

Ligne 59: Section III: **Famille élargie**

CONSIDÉREZ LE DEGRÉ D'INTIMITÉ AVEC LA PARENTÉ EN TERMES DE SUPPORT MUTUEL, D'AFFECTION ET DE PARTICIPATION.

Ligne 60: Section IV: **Loisirs sociaux**

CONSIDÉREZ LE NIVEAU ET LA QUALITÉ DES ACTIVITÉS ET LA SIGNIFICATION DES RELATIONS INTERPERSONNELLES.

Ligne 61: Section V: **Bien-être personnel**

Ligne 62: **Ajustement général**

CONSIDÉREZ LA PERFORMANCE DANS TOUS LES RÔLES (TRAVAIL, PARENTAL, MARITAL, ETC), LES RELATIONS INTERPERSONNELLES À LA MAISON ET À L'EXTÉRIEUR ET LE CONFORT PERSONNEL.

Lignes 57 à 62: évaluation globale

1= excellent ajustement
2= très bon ajustement
3= bon ajustement
4= ajustement passable
5= pauvre ajustement
6= très pauvre ajustement
7= maladaptation très prononcée

Échelle d'évaluation psychiatrique brève
(modifiée pour la schizophrénie)
(Brief Psychiatric Rating Scale: Overall et Gorham, 1962)
(traduit par F. Vincelette, 1985)

Patient _____ Numéro _____

Salle _____ Date _____ Évaluateur _____

Instructions: inscrire après chaque symptôme le numéro de l'expression qui décrit le mieux la condition actuelle du patient.

Absent	0
Très peu accusé ou très rare	1
Peu accusé ou rare	2
Modérément accusé ou occasionnel	3
Assez accusé ou modérément fréquent	4
Accusé ou fréquent	5
Très accusé ou très fréquent	6

1. Préoccupation somatique: degré d'inquiétude de sa condition physique actuelle. Évaluer le degré de perception de sa santé comme étant un problème pour le patient, que ses plaintes soient liées à la réalité ou non.

2. Anxiété: inquiétude, crainte ou préoccupation excessive du patient face à son existence présente ou future. Ne se baser pour fins d'évaluation que sur le rapport verbal des expériences subjectives du patient. Ne pas se préoccuper des expressions physiques d'anxiété ou des mécanismes de défense névrotique.

3. Retrait émotionnel: incapacité de se mettre en rapport avec l'évaluateur et de se placer dans le contexte de l'entrevue. N'évaluer que le degré inféré avec d'autres personnes dans le contexte de l'entrevue.

4. Désorganisation conceptuelle: évaluer à quel point le processus de pensée est confus, interrompu ou désorganisé. Évaluer sur le produit de la verbalisation du patient; ne pas évaluer en se basant sur l'impression subjective du patient de son propre niveau de fonctionnement.

5. Sentiments de culpabilité: inquiétude exagérée ou remords pour activités antérieures. Se baser pour évaluation sur les expériences subjectives du patient de sa culpabilité telles que démontrées dans le rapport verbal avec un affect approprié. Ne pas se préoccuper des sentiments de culpabilité occasionnés par un état dépressif, d'anxiété ou par un système de défense névrotique.

6. Tension: manifestations physiques et motrices de tension, "nervosité" et un niveau surélevé d'activité. La tension doit être évaluée en se basant exclusivement sur des signes physiques et sur l'activité motrice et non pas sur les expériences subjectives telles que rapportées par le patient.

7. Posture et maniérisme: activité motrice inusité et non naturelle du type qui permet à des patients de se faire remarquer dans un groupe de personnes normales. N'évaluer que l'anormalité des gestes; ne pas évaluer ici un niveau surélevé d'activité motrice.

8. Idée de grandeur: opinion exagérée de soi-même, certitude de posséder des pouvoirs ou aptitudes inusitées. N'évaluer qu'en se basant sur les déclarations du patient à son propre sujet ou au sujet de lui-même par rapport aux autres et non pas en se basant sur son attitude dans le contexte de l'entrevue.

9. Humeur dépressive: état de découragement, de tristesse. N'évaluer que le degré de découragement; ne pas évaluer en se servant de déductions basées sur le ralentissement général et les plaintes somatiques.

10. Hostilité: animosité, dédain, attitude belliqueuse, mépris pour les personnes hors du contexte de l'entrevue. Évaluer en se basant exclusivement sur le rapport verbal des sentiments et des attitudes du patient vis-à-vis des autres. Ne pas se préoccuper d'une hostilité résultant d'un système de défense névrotique, d'anxiété ou d'inquiétude somatique (évaluer l'attitude envers l'interviewer sous "manque de coopération").

11. Attitude soupçonneuse: certitude (délirante ou autre) que des individus puissent présentement ou ont pu antérieurement avoir des intentions malicieuses ou discriminatoires envers le patient. En se basant sur le rapport verbal, évaluer seulement les soupçons présentement entretenus par le patient, qu'ils se rapportent à des circonstances présentes ou antérieures.

12. Attitude hallucinatoire: perception chez le patient qui ne correspond pas à un stimulus normal externe. N'évaluer que les expériences que l'on relate comme ayant pris place dans une période n'excédant pas une semaine et qui, selon leur description, sont distinctement différentes des processus de pensée et de fantaisie d'une personne normale.

13. Ralentissement psychomoteur: réduction du tonus énergétique tel que démontré par un ralentissement des mouvements et de la parole ainsi qu'une réduction du tonus et une diminution des mouvements. Évaluer en se basant exclusivement sur l'attitude observée chez le patient et non pas sur l'impression subjective que peut avoir le patient de son propre niveau d'énergie.

14. Manque de coopération: attitude de résistance, d'animosité, d'hostilité adoptée par le patient qui ne veut pas coopérer avec l'interviewer. N'évaluer qu'en se basant sur l'attitude et le comportement du patient envers l'interviewer et le contexte de l'entrevue. Ne pas évaluer en se basant sur ce qui a pu être rapporté de l'attitude du patient en dehors de ce contexte.

15. Pensées inusitées: expression de pensées étranges, originales, inusitées ou bizarres. Ne pas évaluer ici le manque d'organisation du processus de pensée mais plutôt le degré auquel ces pensées diffèrent de la normalité.

16. Affect émoussé: diminution des réponses émotionnelles, manque apparent de sentiments normaux ou d'engagement.

17. Excitation: augmentation du tonus émotionnel, agitation, hyperactivité.

18. Désorientation: confusion, manque d'orientation quant aux personnes, au temps, dans l'espace.

19. Pauvreté de la pensée: discours est adéquat en quantité mais transmet peu d'informations à cause de l'imprécision, de l'utilisation de répétitions vides ou de phrases stéréotypées.

20. Apathie: évaluer l'indifférence du patient face à son avenir; l'absence de projets, d'ambitions, de désirs ou de motivations. Ne pas évaluer l'affect émoussé.

21. Pensée délirante: évaluer le degré d'envahissement des délires dans la pensée du patient ou l'amenant à agir sous leurs effets. Ne pas évaluer la méfiance ou le degré d'étrangeté de la pensée délirante.

22. Symptômes schneideriens: degré selon lequel des pensées sont imposées par une force extérieure, divulguées dans son environnement et son entourage pouvant les entendre. Degré selon lequel des pensées sont insérées dans l'esprit du patient (autrement que par Dieu) ou sont retirées de sa tête.

Évaluation des connaissances sur la schizophrénie
(Falloon, I.R.H., Boyd, J. L., McGill, C.W., Razani, J., Moss, H.B. et Gilderman, A.M., 1982)
(Traduction: Pierre Lalonde MD)

Partie A: Connaissances de la maladie

Instructions:
Cette série de questions vise à préciser vos connaissances à propos de la maladie mentale, et en particulier, le trouble dont vous souffrez. Veuillez répondre à chacune des questions au meilleur de votre connaissance... mais ne vous inquiétez pas si vous ne savez pas toutes les réponses - quelques questions sont vraiment très difficiles.

Pouvez-vous d'abord nous apporter quelques précisions à propos de la maladie mentale dont vous souffrez?

I. Quel est le nom de cette maladie? _____

II. Selon vous, quelle en est la cause? _____

_____

_____

III. Quels types de traitements sont utilisés pour cette maladie? _____

_____

_____

_____

IV. Quel est le nom des médicaments que vous prenez pour cette maladie? Quel est le dosage (10 mg. , 50 mg , 100 mg., etc?) Quelle est l'intervalle de la prise de ce médicament (une, deux, trois fois par jour ou par mois?)

Nom	Dosage	Nombre de fois par jour ou par mois
1.		
2.		
3.		

V. A part les médicaments, quels sont les autres traitements offerts?

1._____ 3. _____

2._____ 4. _____

VI. Qu'est-ce qui est le plus utile dans le traitement de cette maladie pour vous?

_____

Partie B
Connaissances de la nature de la schizophrénie

Instructions: S'il-vous-plaît encerclez autant de lettres qu'il y a de bonnes réponses.

Exemple: Lesquels des mots suivants sont une partie du corps?

A. cou
B. coude
C. journal
D. pouce

1. La schizophrénie se manifeste par les symptômes suivants

A. délires ou pensées étranges et irréelles
B. hallucinations, c'est-à-dire entendre des voix
C. peur des hauteurs
D. crises d'évanouissement
E. rire ou pleurer sans raison

2. La schizophrénie peut être associée à

A. parents ou frères ou soeurs souffrant de schizophrénie
B. déficience en vitamine
C. une enfance malheureuse
D. des maux de tête
E. un trouble de la biochimie du cerveau

3. La schizophrénie affecte les aspects suivants de la vie du patient

A. ses pensées
B. ses émotions
C. son travail
D. son hygiène personnelle
E. ses habitudes sociales

4. La schizophrénie est aggravée par

A. des problèmes de vie stressants
B. des remarques agressives par des membres de la famille
C. n'avoir rien à faire de son temps
D. prendre des drogues de rue (LSD, Speed, Marijuana)
E. cesser les médicaments prescrits

5. Les médicaments suivants sont utilisés dans le traitement de la schizophrénie

A. Haldol
B. Stélazine
C. Fluphénazine (Moditen, Modecate)
D. Valium, Librium, Ativan
E. LSD, Marijuana

6. On rencontre fréquemment les effets secondaires suivants avec les médicaments utilisés dans le traitement de la schizophrénie

A. somnolence
B. gain de poids
C. fatigue dans les jambes
D. douleurs abdominales
E. pertes de mémoire

7. Lesquelles des méthodes suivantes aident à réduire les effets secondaires

A. patienter quelques semaines ou quelques mois
B. réduire le dosage selon l'avis du médecin
C. changer pour un autre médicament présentant moins d'effets secondaires
D. ajouter un autre médicament comme Kémadrin
E. utiliser une combinaison de quelques médicaments comme Largactil, Haldol, Moditen

8. Quel pourcentage de rechute _____% au bout d'un an, peut-on s'attendre dans la schizophrénie si les médicaments sont cessés?

A. 10%
B. 30%
C. 50%
D. 80%
E. 100%

9. Les rechutes peuvent être réduites à _____% si la médication est poursuivie

A. 10%
B. 30%
C. 50%
D. 80%
E. 100%

10. En plus des médicaments, lesquels des traitements suivants sont utilisés habituellement dans le traitement de la schizophrénie

A. cri primal
B. hypnose
C. thérapie familiale
D. entraînement aux habilités sociales
E. électrochocs

11. Le meilleur milieu familial pour une personne souffrant de schizophrénie est celui où

A. le patient peut faire ce qu'il aime
B. le patient passe la plus grande partie de son temps en compagnie d'autres membres de la famille
C. le patient est forcé de se débrouiller et de trouver du travail
D. le patient est encouragé à reprendre progressivement ses occupations antérieures
E. la famille prévient tous les besoins du patient et le protège de tout stress

12. Un patient souffrant de schizophrénie a presque toujours présenté

A. une double personnalité
B. des changements d'humeur allant de l'euphorie à la dépression
C. de la difficulté à faire face aux changements dans sa vie
D. des tendances à se comporter très violemment
E. des difficultés à décider ce qui est réel et ce qui ne l'est pas

13. La personne souffrant de schizophrénie peut croire qu'elle a

A. été persécutée injustement
B. entendu des voix alors qu'il n'y a personne autour d'elle
C. des pensées placées (ou retirées) de son esprit
D. été l'objet de commentaires à la télévision ou dans les journaux
E. été contrôlée dans ses pensées par une autre personne

14. Quand une personne souffrant de schizophrénie est soumise à un stress, elle devrait

A. prendre une dose supplémentaire de médicaments (sans consulter son médecin)
B. garder le lit pour quelques jours
C. demander conseil aux membres de sa famille ou à ses amis
D. discuter de ses difficultés avec son médecin ou son travailleur social
E. essayer de trouver des moyens de faire face au stress et de continuer ses activités

15. La dose de médicaments requise pour un traitement neuroleptique doit être décidée par

A. le patient et sa famille
B. le médecin
C. la famille
D. la famille et le médecin
E. le patient et le médecin

Évaluation des connaissances sur les médicaments neuroleptiques

Liberman R.P. & Wallace C.J.

traduction: Hugues Cormier MD & Gaston Guimond.MD

Cette série de questions vise à préciser vos connaissances sur les médicaments neuroleptiques.

Instructions: Encerclez le terme **VRAI** ou **FAUX** pour chacune des phrases suivantes.

1. Je dois lire l'étiquette sur mon flacon de pilules chaque fois que je prends mes médicaments. **VRAI** **FAUX**

2. Si j'oublie une fois de prendre ma dose de médicaments, je devrai prendre deux fois la dose requise la fois suivante. **VRAI** **FAUX**

3. Si mon ami manque de pilules, je peux lui donner une des miennes puisque nous prenons des pilules de la même couleur. **VRAI** **FAUX**

4. Les médicaments pour soulager les effets secondaires aident à contrôler les symptômes de ma maladie. **VRAI** **FAUX**

5. Si je prends mes médicaments chaque jour pendant trois à six mois, je serai guéri. **VRAI** **FAUX**

6. Je ne dois jamais contester les ordres de mon médecin. **VRAI** **FAUX**

7. L'essentiel est que je prenne mes médicaments; l'heure à laquelle je les prends n'a aucune importance. **VRAI** **FAUX**

8. Certains effets secondaires sont plus sérieux que d'autres. **VRAI** **FAUX**

9. Même si ma bouche devient sèche et que j'éprouve parfois l'envie de dormir, je dois continuer à prendre mes médicaments. **VRAI** **FAUX**

10. La différence entre un symptôme et un effet secondaire est la suivante: le symptôme est causé par les médicaments alors que l'effet secondaire est causé par la maladie. **VRAI FAU**

11. Je dois toujours prendre mes médicaments, même les jours où je me sens bien. **VRAI FAU**

12. J'ai le droit de demander à mon médecin de m'expliquer les raisons pour lesquelles je prends des médicaments ainsi que tout effet secondaire que peut entraîner la prise de tels médicaments. **VRAI FAU**

13. Si je continue à prendre mes médicaments, je risque de développer une dépendance à ceux-ci. **VRAI FAU**

14. Je devrais discuter régulièrement avec mon médecin de la façon dont je me sens en prenant ces médicaments. **VRAI FAU**

15. L'effet secondaire qu'on appelle "dyskinésie tardive" ne peut être contrôlé. **VRAI FAU**

16. La dose est le nombre de fois par jour que je prends mes médicaments alors que la fréquence est la quantité que je prends chaque fois. **VRAI FAU**

17. Tant que je prendrai mes médicaments, je n'aurai pas à être hospitalisé. **VRAI FAU**

18. Je retire le maximum d'avantages de mes médicaments en assistant également à d'autres séances de thérapie de groupe ainsi qu'à mes autres programmes de thérapie. **VRAI FAU**

19. La consommation d'alcool peut annuler les effets de mes médicaments. **VRAI FAU**

20. Si j'arrête de prendre mes médicaments, mes symptômes peuvent réapparaître et je risque d'avoir à retourner à l'hôpital. **VRAI FAU**

Item	Critères de succès (donnant un score +)	Score (+ ou -)	Remarques sur les aspects quantitatifs de la réponse, l'effort, la fréquence du mouvement
1. La chute en arrière	La chute sans effort		
2. La fermeture des yeux	La fermeture des yeux sans effort		
3. L'abaissement de la main gauche	Abaissement d'au moins 6 pouces en 10 secondes		
4. L'immobilisation (bras droit)	Le bras lève moins d'un (1) pouce en 10 secondes		
5. La fermeture des doigts	Séparation incomplète des doigts avant 10 secondes		
6. La rigidité du bras (gauche)	Le bras plie moins de 2 pouces en 10 secondes		
7. Le déplacement des mains	Les mains doivent être rapprochées d'au moins 6 pouces après 10 secondes		
8. L'inhibition verbale (le nom)	Incapacité de dire son nom avant 10 secondes		
9. Le rêve	Tout mouvement, toute grimace, toute reconnaissance d'un effet		
10. La catalepsie des yeux	Les yeux demeurent fermés jusqu'à la fin des 10 secondes		
11. La suggestion post-hypnotique (changer de chaise)	Tout mouvement partiel de réponse		
12. L'épreuve d'amnésie	Rappel de pas plus de trois item (voir plus bas)		
	Score (+) Total.....		

Notation du rappel dans l'épreuve d'amnésie (tirée de la feuille d'interrogation)

	L'ordre de rappel		L'ordre de rappel
L'abaissement de la main (gauche).....		L'inhibition verbale (nom).....	
L'immobilisation du bras (droit)		Le rêve (mouche)	
La fermeture des doigts		La catalepsie des yeux	
La rigidité du bras (gauche)		La suggestion post-hypnotique (changer de chaise)	
Le déplacement des mains			

Évaluation de l'hypnotisabilité

Sujet:.....

Opérateur:.....

Date:.....

INTERROGATION

1. Dites-moi maintenant dans vos propres mots tout ce qui est arrivé depuis que vous avez commencé à regarder la boule

Inscrire les items selon l'ordre du rappel.
Si le sujet s'interrompt,
demandez-lui "Rien d'autre?" jusqu'à ce qu'il atteigne une nouvelle impasse.

....

....

....

....

....

Rien d'autre?

....

....

2. Écoutez attentivement ce que je vais vous dire.
"Maintenant, vous pouvez vous rappeler de tout. Est-ce que vous vous rappelez autre chose maintenant?"

Inscrire les item selon l'ordre de rappel.

....

....

....

3. Au sujet de la mouche, est-ce que vous la sentiez comme si elle était réellement vivante?

Inscrivez sur la feuille de notation l'information provenant du rappel des item, et notez le score pour l'amnésie.
Enregistrez le score (+) s'il n'y a pas plus de trois items rappelés avant le "Maintenant, vous pouvez vous rappeler de tout."

COMPLIANCE

CODE:_____**DATE:**_____

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions concernant la médication qui vous a été prescrite par votre médecin dans les trois derniers mois.

Quels médicaments vous ont été prescrits?

Receviez-vous des injections? A quelle fréquence?

SPÉCIFIER LE TYPE ET LA POSOLOGIE DE MÉDICAMENTS PRESCRITS SELON LE PATIENT.....

.....

.....

.....

Preniez-vous votre médication comme prescrit durant les trois derniers mois?

SPÉCIFIER LA RÉPONSE DU PATIENT:.....

.....

.....

.....

.....

CODER LA COMPLIANCE DES TROIS DERNIERS MOIS.

1. Prenait la médication exactement comme prescrit.
2. Prenait généralement la médication comme prescrit.
3. Prenait la médication au moins la moitié du temps.
4. Prenait la médication à l'occasion.
5. Refusait la médication.

FORMULE DE CONSENTEMENT

Je_____, consens à participer à une étude sur "Les effets d'un programme d'éducation au traitement neuroleptique sur l'ajustement social de jeunes adultes".

Le projet m'a été expliqué et je comprends ceci:

A) Il s'agit d'une étude permettant d'évaluer les effets de l'acquisition d'informations et des habilités nécessaires à l'utilisation adéquate et sûre des neuroleptiques sur l'ajustement social de jeunes adultes.

B) J'aurai donc à répondre à quatre (4) tests psychologiques, qui pourront se faire en deux ou trois séances, à mon choix. La durée totale des tests ne devrait pas, sauf exception, dépasser trois heures.

C) J'aurai à participer au "Programme d'éducation au traitement neuroleptique" à raison de deux (2) séances de 90 minutes par semaine, et cela durant trois mois.

D) La confidentialité est assurée par un système de numéros de code. Mon nom n'apparaîtra sur aucun des quatre (4) questionnaires et la confidentialité concernant mon identité sera totalement protégée.

E) Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire, et que je peux l'abandonner à n'importe quel moment sans préjudice pour moi.

F) Je comprends que l'on répondra à toutes les interrogations que je peux avoir concernant cette étude.

G) Je comprends que cette étude comme telle n'a aucun effet sur mon traitement. S'il arrivait que mon médecin traitant estime utile pour moi que cette évaluation soit intégrée à mon dossier clinique et à mon plan de traitement, j'en serais informé par lui et je serais libre d'y consentir ou non.

H) Ma participation à ce projet ne représente pour moi, aucun inconvénient connu, sauf le temps que j'accepte d'y consacrer.

Fait le _____ jour du mois de _____1988

Signature:_____

Signature du témoin:_____

Je _____certifie par les présentes que j'ai expliqué au patient mentionné la nature de l'étude, ce qu'il est attendu de lui, et le fait qu'il peut quitter l'étude à n'importe quel moment.

Signature:_____